

ISBN: 978-958-8399-86-7

EL SUICIDIO: CUATRO PERSPECTIVAS

Olga María Blandón Cuesta
José Alonso Andrade Salazar
Helmer Quintero Núñez
John Jairo García Peña
Benilda Layne Bernal

Compilador:
Jaime Alberto Carmona Parra



EL SUICIDIO: CUATRO PERSPECTIVAS

Olga María Blandón Cuesta
José Alonso Andrade Salazar
Helmer Quintero Núñez
John Jairo García Peña
Benilda Layne Bernal

Fundación Universitaria Luis Amigó
Medellín-Colombia
2015

362.28 S948s

El suicidio : cuatro perspectivas [recurso electrónico] / Olga María Blandón Cuesta...[et.al] ; compilador, Jaime Alberto Carmona Parra . -- Medellín : Fundación Universitaria Luis Amigó, 2015
72 p.

Incluye referencias
Producción intelectual de docentes de la Funlam

SUICIDIO - INVESTIGACIONES; JUVENTUD - CONDUCTA SUICIDA; ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS - CONDUCTA SUICIDA; SUICIDIO - ASPECTOS RELIGIOSOS; SUICIDIO - ASPECTOS

EL SUICIDIO: CUATRO PERSPECTIVAS

© Fundación Universitaria Luis Amigó
Transversal 51A 67 B 90. Medellín, Antioquia, Colombia
Tel: (574) 448 76 66 (Ext. 9711. Departamento de Fondo Editorial)
www.funlam.edu.co - fondoeditorial@funlam.edu.co

ISBN: 978-958-8399-86-7

Fecha de edición: 29 de mayo de 2015

Autores: Olga María Blandón Cuesta
José Alonso Andrade Salazar
Helmer Quintero Núñez
John Jairo García Peña
Benilda Layne Bernal

Compilador: Jaime Alberto Carmona Parra

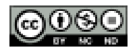
Corrección de estilo: Rodrigo Gómez Rojas

Jefe Departamento de Fondo Editorial: Carolina Orrego Moscoso

Diseño y Diagramación: Arbey David Zuluaga Yarce

Edición: Fundación Universitaria Luis Amigó

Hecho en Colombia / Made in Colombia



ÍNDICE GENERAL

INTRODUCIÓN

1. APROXIMACIÓN AL FUNCIONAMIENTO NEUROBIOLÓGICO DE LA PERSONA SUICIDA 7
1.1. Factores neurobioquímicos y neuroendocrinos 10
1.1.1. Sistema serotoninérgico 11
1.1.2. Sistema noradrenérgico 13
1.1.3. Sistema dopaminérgico 14
1.1.4. Hipótesis gabaérgica 16
1.2. Modelo estresor–diátesis 18
1.2.1. Condiciones genéticas asociadas al acto suicida 18
1.3. Suicidio celular 19
1.3.1. Apoptosis y metilación celular 19
1.4. Marcadores genéticos y sistema de señales 21
1.5. Contribución de las técnicas de neuroimagen en los trastornos depresivos 24

2. TEOLOGÍA DEL SUICIDIO: LAS POSTURAS RELIGIOSAS ACERCA DEL SUICIDIO 26
2.1. El suicidio en la Teología Moral y en la Ética Cristiana 26
2.2. El suicidio en la Teología Judaica 29
2.3. El suicidio en la Teología Islámica 30
2.4. El suicidio en la Teología Budista 31

3. ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL SUICIDIO 33
3.1. El posicionamiento sociológico 34
3.2. El enfoque sociológico 35
3.3. El individuo 36

3.4. La sociedad 37
3.5. El suicidio 38
3.6. Las categorías del suicidio desde el enfoque psicosocial 40
3.7. La ideación 42
3.8. El vínculo 43
3.9. El acto 43
3.10. Los factores psicosociales 45
3.11. El interaccionismo simbólico 46
3.12. La fenomenología 47

4. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL ESCENARIO UNIVERSITARIO 49

CONCLUSIONES 56

REFERENCIAS 58

INTRODUCCIÓN

Este libro es el producto de una investigación realizada por un equipo interinstitucional liderado por la Fundación Universitaria Luis Amigó y en el que participaron la Universidad de San Buenaventura y la Corporación Universitaria Adventista. Para cada uno de los enfoques propuestos, se realizó un análisis de contenido riguroso de la literatura más reciente y su resultado se sometió al examen de pares expertos. El libro presenta cuatro perspectivas diferentes con respecto al suicidio: la neuropsicológica, la teológica, la epidemiológica y la sociológica.

La perspectiva neuropsicológica tiene como objetivo realizar una descripción del funcionamiento del cerebro de la persona suicida, tomando en cuenta tanto los cambios funcionales como estructurales del cerebro, además de la correlación con las funciones mentales superiores y los eventos sociales que tornan a una persona proclive a quitarse la vida. A nivel celular existen procesos básicos de suicidio celular (apoptosis) que determinan temporalmente al suicidio como una condición biológica dirigida a la supervivencia y evolución del cuerpo; sin embargo, dicho componente no es análogo al campo social, escenario en el que el suicidio se constituye un atentado a la vida, así, el registro de muerte biológica torna en probabilidad la condición de muerte en el plano social, por lo que el sistema nervioso central canaliza ambas atribuciones y las distribuye a través de sus procesos cognoscitivos; el suicidio pues implica cambios en la metilación normal (acallamiento genético), una actividad neurotransmisora definida y modificaciones de la proteínas celulares.

La perspectiva teológica muestra una exposición de las posturas prevalentes, que se elaboran con respecto al suicidio, de las religiones mayoritarias y de significativa influencia en el mundo contemporáneo: Cristianismo, Judaísmo, Islamismo, Budismo. La exposición se referencia en la documentación escritural fundacional, para el caso de las religiones que derivan sus dogmas y doctrinas de textos sagrados; también en ejercicios hermenéuticos históricos; y en posturas oficiales actuales de las religiones vinculadas en este estudio.

La perspectiva psicosocial tiene como punto de partida la teoría del francés Emilie Durkheim, quien caracteriza el suicidio como fenómeno social, por lo cual, se debe estudiar desde el ámbito de las ciencias sociales. En este capítulo se propone analizar el suicido de manera crítica, reflexiva, objetiva y desde un contexto moderno. El individuo, la sociedad y el suicidio se abordan separadamente para exponer la influencia social en cada aspecto. Se categoriza el suicidio teóricamente, se plantean otros problemas psicosociales influyentes y los rasgos sociales como diferenciadores en el acto suicida.

La perspectiva epidemiológica presenta al suicidio como un problema de salud pública, consecuencia de factores endógenos y exógenos que lo desencadenan, lo cual se reporta en aumento en los tiempos actuales. En este sentido, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reporta que en el "2008 se registraron 261 casos de suicidio consumado, en el 2009 253 casos, en el año 2010, 247 casos, en el 2011 275 casos, en el 2012 242 casos" (citado por Moncada Muñoz, 2013, p. 11); en el 2013 se reportaron 399 casos de atención por conducta suicida ; no obstante, se sabe que son numerosos los que no se reportan por el estigma que implica el reconocer que se tiene dentro de su círculo familiar a un posible suicida; por lo que también cobra importancia incluir en este texto este apartado.

1. APROXIMACIÓN AL FUNCIONAMIENTO NEUROBIOLÓGICO DE LA PERSONA SUICIDA

Olga María Blandón Cuesta
José Alonso Andrade Salazar

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), cada año aproximadamente un millón de personas muere por causa de suicidio, lo que indica una tasa global de mortalidad de 16 por 100.000; es decir, una muerte cada 40 segundos (Schmidtke et al., 1996; Hultén et al., 2000). Según la entidad, el suicidio ha aumentado en un 60% en los últimos 45 años, por lo que se ubica entre las tres primeras causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años (en algunos países), al tiempo que se constituye en la segunda causa principal de defunción en personas entre los 10 y 24 años.

Estas cifras no incluyen los intentos de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que el consumado, lo que muestra la dificultad de caracterización del fenómeno como también la elevada vulnerabilidad de las poblaciones a estresores biopsicosociales. Esto es, en cuanto a los aspectos psicosociales, a la baja tolerancia a la frustración, a los problemas psicoafectivos de elevada intensidad emocional, al autodesprecio, a problemas de salud mental individual y comunitaria, escases de redes de apoyo, aislamiento social, secuelas traumáticas y a los rechazos sociofamiliares, entre otros. Pero también, el suicidio puede ser una válvula de escape ante los efectos socioeconómicos de políticas excluyentes que aumentan la distancia entre las oportunidades de unos y las necesidades de otros, apartamiento que da paso al abandono social, la angustia existencial, el silenciamiento emocional, y a nivel más extremo a la ideación autolítica como mecanismo de anulación de las fuerzas individuales, sociales y políticas en pugna.

En la actualidad, la prevalencia del suicidio exhibe un incremento importante en jóvenes, quienes son el grupo de mayor riesgo en un tercio de países desarrollados y en vías de desarrollo, tendencia que cuenta con una tasa de mortalidad mayor con respecto a la de los adultos. A la muerte por suicidio se suma la defunción por enfermedades no transmisibles y transmisibles, enfermedades maternas y perinatales, causas externas y traumatismos (OMS, 2012), asimismo son factores de riesgo social: el contexto en el que se desarrollan los sujetos, la ignorancia de las formas de prevención de contagio de enfermedades irreversibles, ser víctima de actos de suma crueldad o "de lesa humanidad" que deterioran el desarrollo individual y social de personas y comunidades. Estas circunstancias se ven reforzadas por el aumento de la escala de violencia sociopolítica y urbana, la enorme desigualdad social, ética y política, la muerte por hambruna a razón de la pobreza extrema, la pérdida de referentes afectivos que le den sentido a la vida, los trastornos mentales relacionados particularmente con la depresión y el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas. Dicha ingesta de alcohol prevalece en América y Europa a diferencia de la impulsividad que es frecuente en países Asiáticos (OMS, 2011). Correlativamente la alteración neurofuncional de la actividad del sistema nervioso central y su relación con el contexto y la particularidad de las experiencias vividas, indican que el suicidio es un fenómeno complejo en el que se involucran elementos psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales de forma simultánea (OMS, 2011).

En gran medida, el suicidio acontece a razón de la convergencia de factores biopsicosociales que emergen en un momento determinado de la historia individual y colectiva de un sujeto; en consecuencia, las condiciones biológicas que sirven de asiento a esta decisión resultan inseparables de interacciones psicosociales cuya elevada magnitud emocional modifica el funcionamiento del sistema nervioso central. El suicidio es un grave problema de salud pública en el que priman aspectos biopsicosociales de tipo multifactorial y concomitante (Moscicki, O'Carroll, Rae, Locke, Roy, Regier, 1988), por ello, afirmar que su etiología es lineal: social–psicológico o en su defecto lo orgánico–mecanicista, implica caer en reduccionismos que dificultan la comprensión multidimensional del fenómeno.

Se deduce entonces que la tradicional división entre herencia y –medio ambiente cae en desuso cuando se otorga un lugar especial a lo biopsicosocial, condición que da cuenta de la interacción ineludible entre sucesos sociales, vida emocional–psicológica y actividad neurobiológica del cerebro, relación que genera eventos particulares de simbolización y cognición de la interacción y la actividad emocional en el plano social. En personas cuya trama de eventos personales presenta disfuncionalidades importantes, el ambiente y

el funcionamiento neurobiológico afectan la capacidad de responder de forma asertiva y ajustada ante presiones sociofamiliares, lo cual puede tornarlos proclives al parasuicidio y la ideación suicida. Así, cuando se presenta una vulnerabilidad previa, reactualizada o de tipo emergente, las personas pueden optar por acciones como el aislamiento social y familiar, el rechazo comunicacional, las automutilaciones o cortes en el cuerpo, la búsqueda de sensaciones nuevas de tipo destructivo, el cometimiento de acciones en contra de su vida o de la vida de otros (tomar riesgos elevados), o en su defecto, ser vulnerables a la influencia de líderes grupales que incluyen entre sus ritos la autoeliminación como modo de depuración del espíritu (Sarró & De la Cruz, 1991; Mansilla, 2012). En consecuencia, la comprensión del suceso suicida implica la inclusión de múltiples variables y escenarios de interacción en los que confluyen la vulnerabilidad social con la biológica del sujeto (hipótesis estrés–diátesis), condición que interviene de forma directa en la determinación de quitarse la vida (Oquendo, Galfalvy, Russo, Ellis & Mann, 2004).

La ideación suicida, el parasuicidio y el suicidio consumado constituyen un problema de salud pública cuyos motivos desencadenantes presentan una diversidad etiológica de tipo multifuncional y complementaria que afecta principalmente a las personas jóvenes bajo condiciones especiales de vulnerabilidad biopsicosocial. En la persona con ideación se produce una ruptura del sentido de la vida, lo que a su vez afecta la robustez psicosocial y genera una fragilidad importante en el sistema de creencias, facilitando la aparición de nuevos factores de riesgo respecto al suicidio. Estudios clínicos revelan que la impulsividad y el pesimismo están íntimamente relacionados con la autoeliminación (Hawton et al., 2006; Hawton & Harriss, 2007; Gabilondo y col., 2007), por lo que el suicidio, de acuerdo a Blumenthal (1998), se origina a razón de la “interacción y el solapamiento” de cinco clases de factores: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales, e historia familiar y genética. Asimismo, Asberg, Thoren & Traksman (1976) encontraron que la conducta suicida se correlaciona con la disminución de la concentración de la serotonina cerebral, la cual se modifica a razón de elementos psicosociales y genéticos. Estos hallazgos abrieron un camino promisorio para entender la etiología, incidencia, mantenimiento y cambio porcentual en los casos registrados y las dinámicas del acto suicida.

De otra parte, el estudio de Mann & Stanley (1986) evidenció que la incidencia del suicidio varía de acuerdo a la presencia de diferentes trastornos mentales, por lo que un 20% de suicidas son bipolares, el 15% alcohólicos, un 15% presentaron depresión unipolar o recurrente, y del 10 al 13% eran esquizofrénicos. En este sentido la conducta suicida puede

ser entendida como un *síndrome* que adviene a diferentes patologías psiquiátricas y enfermedades médicas de carácter terminal o degenerativo (VIH–SIDA, Corea de Huntington, demencias, esquizofrenia, entre otras).

1.1. Factores neurobioquímicos y neuroendocrinos

El suicidio es una actividad que guarda relación con los procesos volitivos, pero no se reduce a ellos; por tanto, se constituye en una elección mediatizada por condiciones neurobioquímicas y neuroendocrinas, al tiempo que por circunstancias psicosociales desencadenantes. Adjunto a esto la actividad (excitatoria o inhibitoria) de algunos neurotransmisores afecta la condición fisiopatológica de la persona que se encuentra en riesgo de suicidio al perturbar el modo particular como el sujeto se percibe a sí mismo en relación con otros. Asimismo, la hiperactividad del eje hipotálamo–pituitaria–adrenal (Lederbogen, Deuschle & Heuser, 1999; Cornelius et al., 2003), junto a la disfunción del sistema serotoninérgico (5–HTergic) y la excesiva cantidad de noradrenalina asociada a la impulsividad en el sistema noradrenérgico, están vinculados con el acto suicida de forma correlativa, a razón de que ambos sistemas parecen estar involucrados en las respuestas desajustadas de una persona ante eventos estresantes; en consecuencia, la disfunción del sistema serotoninérgico en el córtex frontal eleva el peligro de desarrollar una tendencia "rasgo–dependiente", factor de riesgo para la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas (Goldstein & Volkow, 2002; Volkow & Fowler, 2000). Esta disfunción se enlaza a alteraciones importantes en la regulación de conductas ansiosas, impulsivas y agresivas. Por tanto, las disfunciones neurobiológicas median la aparición del comportamiento suicida a través de la modulación inapropiada de las funciones neuropsicológicas básicas (Van Heeringen, 2003), aspecto al que se suma la presencia de graves patologías mentales como la esquizofrenia, enfermedad en la que se genera una disrregulación de los receptores benzodiacepinicos (Pandey, G. N. et al., 1997).

Desde de una perspectiva psicopatológica, el suicidio es un síntoma anómalo de estructura conductual que amerita ser estudiado desde el ámbito fisiológico y funcional, tomando en cuenta que existen factores de riesgo asociados, por ejemplo, desequilibrios de neurotransmisores y disregulaciones hormonales relacionadas con trastornos emocionales como la depresión (Gil y col., 2002). El suicidio también puede ser una respuesta ante problemas de habilidades sociales, dificultades para resolver conflictos, secuelas psicológicas dolorosas producto de violaciones sexuales y agresiones, acoso por trastornos de identidad sexual,

trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas o al juego, dependencia y acceso problemático a medicamentos psicotrópicos, dificultades de funcionalidad en el grupo familiar, divorcio o separación de los padres (Bassas, Batlle, Bielsa y Molina, 2007). Es importante mencionar que los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas “elegidas” de forma intencional que tienen como meta principal provocar la muerte propia a corto plazo (Saldaña, 2001). A nivel neuropsicológico, los procesos volitivos se relacionan con el acto suicida en función de cambios importantes en el funcionamiento del “núcleo accumbens, la región vaso lateral del núcleo amigdalino y la región orbitaria de la corteza pre–frontal (centro integrador de las capacidades de inhibición de los impulsos y la capacidad de cálculo de riesgo)” (Bassas et al., 2007, p. 28), áreas en las que el funcionamiento de los neurotransmisores juega un papel trascendental.

En el plano neuroendocrino las cifras elevadas de cortisol plasmático son análogas a la aparición de cuadros depresivos y, por consiguiente, al incremento del riesgo de suicidio (Sher et al., 2005); por ello, en pacientes que han realizado intento de suicidio y en víctimas de suicido consumado se ha encontrado hipercortisolemia (producción anómala de corticoides), demostrándose la presencia de una hipersecreción cónica de corticotropina “CRH” (Colimón, Téllez–Vargas, & Cismeros, 2006). Es importante anotar que el eje hipotálamo–hipófisis–adrenal (HPA) regula la respuesta ante el estrés y mantiene interacciones complejas con los sistemas serotoninérgicos, noradrenérgicos y dopaminérgicos, así, los corticoesteroides pueden mediar o controlar la neurotransmisión de serotonina al regular directamente sus receptores. Dicho esto, el estrés psicosocial activa el locus ceruleus o núcleo productor de noradrenalina, el cual es el “neurotransmisor que modula la respuesta neuroendocrina ante el estrés, activando sistemas neurales de vigilancia” (Colimón et al., 2006, p. 51). Análogamente, los individuos con conductas violentas y comportamiento suicida con tendencia depresiva tienden a presentar niveles más altos de tirotropina (TRH), por lo que “algunos autores lo consideran un marcador de rasgo de la impulsividad” (p. 52).

1.1.1. Sistema serotoninérgico

Uno de los neurotransmisores en relación con el suicidio es la serotonina, que ejerce una importante acción en cuanto a la conducta, el movimiento y la apreciación del dolor, como también en la actividad sexual, el apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo sueño vigilia, generados en los núcleos del Rafe en el tallo cerebral. La serotonina es producida a través del triptófano, el cual es transportado por la barrera hemato–encefálica.

Cuando se encuentra en la neurona mediante el triptófano hidroxilasa se transforma en 5–hidroxitriptofano (5–HTP), que por medio de la 5–HTP Descarboxilasa genera la 5–hidroxitriptamina (serotonina) (Guadamarra, Escobar y Zang, 2006). Se debe señalar que el 90% de la concentración de serotonina se encuentra ubicada en el tracto gastrointestinal, mientras el resto se localiza en las plaquetas y en el sistema nerviosos central (SNC). Los efectos de la serotonina son mayores en el sistema cardiovascular, intestinos y conductas adictivas donde el consumo de una sustancia depende de la unión a receptores específicos (5HT1, 5HT2, 5HT3, 5HT4, 5HT5, 5HT6, y 5HT7). Estos receptores, en su gran mayoría, están acoplados a las "proteínas G" que contribuyen a la transducción de señales, transportando la información desde el receptor hasta una o más proteínas efectoras de respuestas (Contreras & Mancillas, 2005).

Estudios relacionan las conductas suicidas con la disrregulación del sistema serotoninérgico en cuanto escaso control de los impulsos, letalidad de la respuesta violenta y mortalidad del acto suicida (Mann, Oquendo, Underwood & Arango, 1999; Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999; Roy, Nielsen, Rylander, Sarchiapone & Segal, 1999), por lo que la serotonina desempeña un papel significativo en diferentes aspectos de drogodependencia, la cual es un factor de riesgo suicida importante al estar implicada en los circuitos de ganancia y recompensa del cerebro, asimismo se considera que la presencia de factores genéticos (Roy et al., 1999) y bioquímicos que disminuyan su actividad (Angst, J., Angst, F., & Stassen, 1999) pueden ser relevantes en la conducta suicida. La degradación de la serotonina se da por medio de la monoaminooxidasa (MAO) que la convierte en 5–hidroxi–indolacetico "5–HIAA" (Asberg, Traskman & Thoren, 1976a); algunos de sus agonistas son la buspirona, mientras los antagonistas son la ritanserina y el ondosetron (impide la liberación de dopamina) (Contreras y Mancillas, 2005). En los estudios post mortem realizados por Asberg et al., (1976) se encontró que en el cerebro de los suicidas existían bajas concentraciones del ácido 5–hidroxi–indol–acético (5HIAA), un metabolito de la serotonina considerado como el indicador de la actividad serotoninérgica; por su parte, los estudios de cerebros de suicidas de Crow, Cross, Cooper, Deakin, & Ferrier (1984) reportaron niveles bajos de serotonina en los núcleos del Rafe, el Putamen e Hipotálamo; asimismo Oquendo y col., (2005) observaron cambios en la densidad de los autorreceptores 5HT1, y de los receptores 5HT2 en la corteza cerebral de los suicidas, lo que sugiere una alteración en el funcionamiento neuronal, debido a la disminución en los niveles de serotonina.

De acuerdo con Akiskal (1981), la serotonina es el neurotransmisor principal de los impulsos nerviosos, ya que es el responsable de inhibir la impulsividad, al tiempo que tiene la función de modular varios de los procesos de la conducta y gran parte de la interacción social humana, presentando una incidencia elevada en la generación de los trastornos depresivos que pueden inducir al suicidio, especialmente cuando no se realiza la evaluación, diagnóstico y tratamiento adecuado de la enfermedad depresiva (Judd, Schettler & Akiskal, 2002). De acuerdo a los estudios realizados por Asberg et al., (1976), las alteraciones en el sistema de neurotransmisión serotonérgica perturban el contenido del principal metabolito de la serotonina, es decir, el ácido 5–hidroxi–indol–acetico (5HIAA), mismo que se encuentra disminuido en el líquido cefalorraquídeo de individuos con varios intentos violentos de suicidio (Colimón et al., 2006). En pacientes depresivos, el aumento del tono serotoninérgico se asocia a comportamientos de pasividad y letargia, mientras un tono disminuido se coliga a la irritabilidad e impulsividad, a este cambio se le denomina síndrome serotoninérgico y de acuerdo a Birmes, Coppin, Schmitt, & Lauque (2003, citado por Young y col., 2008) "representa un conjunto de signos y síntomas atribuidos a una actividad excesiva de la neurotransmisión serotoninérgica en el sistema nervioso central y periférico" (p. 125) en pacientes cuya ingesta masiva de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (IRSS) y de otras drogas, conlleva el aumento de conductas de riesgo para la vida. En este aspecto, Baca–García, Díaz–Sastre, Basurte, Prieto & Ceverino (2001) encontraron que la impulsividad concierne a la aparición de comportamientos suicidas, pero no es determinante del grado de efectividad del acto de quitarse la vida, por lo que es necesario considerar que en la conducta agresiva de personas suicidas, puede relacionarse etiológicamente como un proceso resultante de la inhibición cortico–prefrontal ventral (Dunn & Wang, 1995), la cual emerge producto del déficit en el aporte de serotonina a la corteza cerebral.

1.1.2. Sistema noradrenérgico

El locus ceruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, y en el tallo cerebral se constituye en el principal productor de noradrenalina, por esta razón el LC tiene axones en las zonas límbicas –principalmente– en áreas como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, condición que influye en los procesos de mediación de la conducta. A su vez, el LC está localizado en la formación reticular y desde allí interviene en situaciones que requieren de atención sostenida, vigilia o estrés, acciones cuya característica principal implica que la actividad cerebral alcance sus niveles de intensidad máxima; una vez pasados los estados de estrés e hiperactivación neurocortical, la persona vivencia momentos de depresión reactiva, lo cual sucede a

razón del gasto de las reservas de adrenalina en el locus ceruleus. Dicho así, un desequilibrio de este neurotransmisor, junto a la disrregulación de la serotonina, pueden ser la causa de trastornos psicopatológicos como la psicosis depresiva unipolar o el trastorno bipolar; en este sentido, un déficit importante de noradrenalina es en gran medida la fuente etiológica de estados depresivos (Guadamarra et al., 2006) que cambian su intensidad de acuerdo a factores biopsicosociales. Por otra parte, en la síntesis de adrenalina es fundamental la Tirosina, ya que esta es convertida en dihidroxifenilalanina (dopa) gracias a la acción de la tirosina–hidroxilasa; luego de esto, la dopa es convertida en adrenalina debido a la reacción de la enzima dopamina–beta–hidroxilasa (Guadamarra et al., 2006).

Arango, Ernsberger, Sved & Mann (1993) encontraron al estudiar la corteza prefrontal de víctimas del suicidio mayores concentraciones de norepinefrina, sustancia encargada de modular los impulsos agresivos; por ello, los hallazgos sugieren que un aumento en la concentración de norepinefrina en el cerebro, incrementa la tendencia a desarrollar comportamientos agresivos. La norepinefrina juega un papel importante en los procesos de atención, en los sistemas de ganancia y recompensa en el cerebro, como también en la activación de los sistemas de estrés. En cuanto a la Atención, García (2001) propone que “el hemisferio derecho predomina sobre el izquierdo para lograr cambios físicos en la alerta probablemente por implicación de vías noradrenérgicas” (p. 464), es decir, del tronco encefálico al sistema atencional posterior, que de acuerdo al teórico Posner (1993), es el encargado de direccionar el foco atencional hacia estímulos potencialmente relevantes que se caracterizan por presentar propiedades únicas, ser novedosos, o aparecer de manera abrupta en el lugar donde se encuentra la persona (rompimiento de contextos) (Funes & Lupiañez, 2003). Por su parte, Swan (2005) encontró que un déficit en la atención se relaciona con una mayor frecuencia de intentos suicidas; ergo, el suicidio podría corresponder a una disfunción del sistema noradrenérgico. En los estudios con el modelo de desesperanza aprendida se ha observado una elevación en los niveles de noradrenalina cuando las ratas desarrollan la desesperanza.

1.1.3. Sistema dopaminérgico

El suicidio es una actividad que guarda relación con los procesos volitivos, pero no se reduce a ellos; por tanto, se constituye en una elección mediatizada por condiciones neurobioquímicas y neuroendocrinas, al tiempo que por circunstancias psicosociales desencadenantes. Adjunto a esto, la actividad (excitatoria o inhibitoria) de algunos neurotransmisores afecta la condición fisiopatológica de la persona que se encuentra en riesgo de suicidio al

perturbar el modo particular como el sujeto se percibe a sí mismo en relación con otros. Asimismo, la hiperactividad del eje hipotálamo–pituitaria–adrenal (Lederbogen et al., 1999; Cornelius et al., 2003), junto a la disfunción del sistema serotoninérgico (5–HTergic) y la excesiva cantidad de noradrenalina asociada a la impulsividad en el sistema noradrenérgico, están vinculados con el acto suicida de forma correlativa, a razón de que ambos sistemas parecen estar involucrados en las respuestas desajustadas de una persona ante eventos estresantes; en consecuencia, la disfunción del sistema serotoninérgico en el córtex frontal eleva el peligro de desarrollar una tendencia "rasgo–dependiente", factor de riesgo para la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas (Goldstein & Volkow, 2002; Volkow & Fowler, 2000). Esta disfunción se enlaza a alteraciones importantes en la regulación de conductas ansiosas, impulsivas y agresivas. Por tanto, las disfunciones neurobiológicas median la aparición del comportamiento suicida a través de la modulación inapropiada de las funciones neuropsicológicas básicas (Van Heeringen, 2003), aspecto al que se suma la presencia de graves patologías mentales como la esquizofrenia, enfermedad en la que se genera una disrregulación de los receptores benzodiacepínicos (Pandey, G. N., et al., 1997).

Desde de una perspectiva psicopatológica, el suicidio puede ser considerado un síntoma anómalo de estructura conductual que amerita ser estudiado desde el ámbito fisiológico y funcional, tomando en cuenta que existen factores de riesgo asociados como por ejemplo desequilibrios de neurotransmisores y disregulaciones hormonales relacionadas con trastornos emocionales como la depresión (Gil, Pastor, Paz, Barbosa, Macías, Maniega, Rami–gonzales, Boget y Picornell, 2002). El suicidio también puede ser una respuesta ante problemas de habilidades sociales, dificultades para resolver conflictos, secuelas psicológicas dolorosas producto de violaciones sexuales y agresiones, acoso por trastornos de identidad sexual, trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas o al juego, dependencia y acceso problemático a medicamentos psicotrópicos, dificultades de funcionalidad en el grupo familiar, divorcio o separación de los padres (Bassas et al., 2007). Es importante mencionar que los términos suicidio y suicida se emplean para referirse a conductas "elegidas" de forma intencional que tienen como meta principal provocar la muerte propia a corto plazo (Saldaña, 2001). A nivel neuropsicológico los procesos volitivos se relacionan con el acto suicida en función de cambios importantes en el funcionamiento del "núcleo accumbens, la región vaso lateral del núcleo amigdalino y la región orbitaria de la corteza pre–frontal (centro integrador de las capacidades de inhibición de los impulsos y la capacidad de cálculo de riesgo)" (Bassas, et al., 2007, p. 28), áreas en los que el funcionamiento de los neurotransmisores juega un papel trascendental.

En el plano neuroendocrino las cifras elevadas de cortisol plasmático son análogas a la aparición de cuadros depresivos y por consiguiente al incremento del riesgo de suicidio (Sher, Oquendo, Galfalvy, Zalsman, Cooper, Mann, 2005), por ello en pacientes que han realizado intento de suicidio y en víctimas de suicido consumado se ha encontrado hipercortisolemia (producción anómala de corticoides), demostrándose en ellos la presencia de una hipersecreción cónica de corticotropina "CRH" (Colimón, Téllez–Vargas, & Cismeros, 2006). Es importante anotar que el eje hipotálamo–hipófisis–adrenal (HPA) regula la respuesta ante el estrés, y mantiene interacciones complejas con los sistemas serotoninérgicos, noradrenergicos y dopaminergicos así, los corticoesteroides pueden mediar o controlar la neurotransmisión de serotonina al regular directamente sus receptores. Dicho esto el estrés psicosocial activa el locus ceruleus o núcleo productor de noradrenalina el cual es el "neurotransmisor que modula la respuesta neuroendocrina ante el estrés, activando sistemas neurales de vigilancia" (Colimón, et al., 2006, p. 51). Análogamente los individuos con conductas violentas y comportamiento suicida con tendencia depresiva tienden a presentar niveles más altos de tirotropina (TRH), por lo que "algunos autores lo consideran un marcador de rasgo de la impulsividad" (p. 52).

1.1.4. Hipótesis gabaérgica

El GABA es un aminoácido del SNC que tiene una función de tipo inhibitoria, la cual se cumple a través de subunidades receptoras (Castro, Ponce, Gordillo y Portugal, 2007); dicha inhibición puede darse tanto en la membrana postsináptica como en la presináptica. La inhibición postsináptica es posible gracias a la salida de potasio o como efecto de la entrada de cloro, mientras que la presináptica es causada por el ingreso del cloro, lo que produce un déficit en la entrada de Ca2+ y posibilita la continuidad del impulso nervioso. A su vez, el GABA posee dos tipos de proyección: a) una a corto alcance, y b) otra de largo alcance, la primera corresponde a los sistemas de la corteza cerebelosa, globus pallido y sustancia negra, mientras que la proyección a corto alcance es dable en estructuras próximas, lo que induce a que su función sea más precisa y concreta (Flórez y Pazos, 1997). Generalmente, esta inhibición es asociada a síntomas depresivos y trastornos del humor que pueden desembocar en actos suicidas; sin embargo, un pensamiento así solo conduce al reduccionismo, puesto que la comprensión del suicidio debe precisar el concurso de múltiples factores neurobiológicos y psicosociales. La hipótesis Gabaérgica puede orientar a los investigadores a reducir el suicidio a una degradación cerebelosa; no obstante, Monchablón y Pfuhlmann (1997) indican que este tipo de degeneración no es la causa principal del suicidio, aunque sí es real que

su disrregulación está involucrada en comportamientos depresivos crónicos de intensidad fluctuante que pueden aumentar la vulnerabilidad respecto al suicidio. Se debe anotar que la función inhibitoria del GABA puede activarse a razón del consumo de sustancias depresoras del sistema nervioso central, tales como la marihuana y el alcohol, creando un efecto de ganancia a nivel neurobioquímico que refuerza el comportamiento depresivo en personas que previamente presentan cuadros crónicos de inhibición social, por lo que el consumo de alcohol u otras sustancias depresoras del SNC bajo condiciones emocionales de crisis eleva las probabilidades de intento de suicidio, parasuicidio y suicidio consumado (Leshner, 1997, Melichar, Daglish & Nutt, 2001, Shippenberg & Elmer, 1998).

La interrelación entre aspectos sociales, psicológicos y neurobiológicos es indisociable en los sujetos e influye de manera directa en la forma como interpretan su realidad y dan respuesta a las presiones internas y externas. Por ello, ningún efecto puede ser separado de los contextos en los que ocurre. Cabe anotar que desde una lectura biológica los cambios neuroquímicos en la persona suicida están relacionados con tres elementos: a) una distribución anormal de GABA, b) la actividad de la corteza frontopolar y su importancia en la toma de decisiones, y c) por factores epigenéticos como la metilación o modificación química del ADN producto de la exposición de un agente o factor biológico que “silencia el gen” y coarta la recepción de señales químicas cerebrales importantes para la regulación de la conducta. Estudios indican que los tejidos cerebrales de personas que se han suicidado se encuentran aproximadamente 10 veces más metilados (Poulter et al., 2008). La metilación o silenciamiento de genes es un proceso normal de selección en la que cada célula elige de entre sus 40.000 genes, solamente aquellos que necesita para su funcionamiento sistémico. En el suicidio, la metilación afecta el funcionamiento bioquímico del receptor GABA (neuroinhibidor por excelencia), principalmente en una zona de la corteza frontopolar implicada en el desarrollo de acciones cognitivas que están involucradas en la toma de decisiones acertadas acerca de la vida, el manejo de los sentimientos de culpa, los trastornos del humor y los síndromes depresivos (Gutiérrez–García, Contreras & Orozco–Rodríguez, 2006). Este proceso tiene como fundamento la sobreproducción de una enzima que inhibe la actividad normal del GEN, actuando de forma similar a la “enzima caspasa” encargada de alterar el proceso de regeneración celular, lo que favorece el aumento de receptores GABA afines al incremento del riesgo suicida en personas con depresión moderada y grave (Hijar, Rascon, Blanco & López, 1996, Inskip, Harris & Barraclough, 1998, Jimenez–Genchi & col., 2004, Mann, 2003, Joiner, Brown, & Wingate, 2005).

1.2. Modelo estresor–diátesis

1.2.1. Condiciones genéticas asociadas al acto suicida

Mann, Oquendo, Underwood, & Arango (1999) proponen un modelo biopsicosocial para entender la conducta suicida, al considerar que este comportamiento es el resultado de la interacción de estresores con una predisposición o vulnerabilidad (diátesis) y no la respuesta lógica a factores estresantes extremos. A partir de esta hipótesis, Oquendo et al. (2004) formulan el *modelo estresor–diátesis* para explicar la conducta suicida. En este, los estresores externos (eventos vitales como dificultades financieras, pérdidas afectivas, enfermedad depresiva y demás) se constituyen en factores precipitantes del acto suicida. La diátesis o vulnerabilidad general se caracteriza por la tendencia al pesimismo y la desesperanza, síntoma que aparece de manera conjunta con la agresividad o impulsividad de origen orgánico. Según dicho modelo teórico, –las características biológicas de un individuo se relacionan con las reacciones ante algunos factores estresores propios del medio social donde se desenvuelve cada sujeto. Se denomina diátesis a la vulnerabilidad genética, prenatal, postnatal o predisposición que interactúa con el ambiente y los sucesos vitales (estresantes), a fin de desencadenar conductas desajustadas y/o trastornos psicológicos. Este modelo pretende explicar la causa del suicidio; es decir, la vulnerabilidad que pueden presentar algunas personas que optan por el suicidio y no buscan otras soluciones a sus conflictos. Para Blumenthal (1988), el comportamiento suicida se origina como efecto de la interacción y el solapamiento de cinco clases de factores: biológicos, rasgos de personalidad, factores psicosociales o ambientales, trastornos mentales, y por la historia familiar y genética. Para el autor, la interacción de estos elementos podría arrojar luces acerca del porqué los trastornos mentales ocasionan el mayor número de intentos de suicidio y de suicidios consumados.

Los desequilibrios genéticos tienen un peso importante a la hora de determinar la propensión al acto suicida y guardan relación con la alteración psicosocial de los patrones vitales, aspectos a los que se suman factores como las deficiencias en las pautas de crianza, dificultades en las habilidades sociales y el hecho de crecer en un entorno sociofamiliar de carácter negligente, agresivo y desprotector. Otros factores pueden ser el desequilibrio en la actividad de los neurotransmisores, la emergencia y agravamiento de trastornos mentales y las comorbilidades de síntomas, síndromes y trastornos. En los suicidas persisten factores de riesgo relacionados con "pobres habilidades para resolver problemas, violaciones

agresivas y sexuales, trastornos de identidad sexual, trastornos psiquiátricos, adicción a las drogas, acceso a medicamentos, dificultades en el grupo familiar, y divorcio o separación de los padres" (Bassas et al,. 2007, p. 26). En este sentido, las mayores tasas de suicidio se encuentran asociadas a la vida de pacientes con un rico historial de impulsividad, agresividad, competitividad e inestabilidad. Oquendo et al., (2004) proponen el modelo estresor–diátesis para explicar la conducta suicida, argumentando que son los estresores los elementos precipitantes del acto suicida, al tiempo que la diátesis o vulnerabilidad aumenta la tendencia al pesimismo, la incredulidad ante otros, la desesperanza y la presencia de conductas agresivas con otros y consigo mismos. En el trabajo de Carballo, Akamnonu & Oquendo (2008), se agregan a este modelo tres tipos de factores: endofenotipos clínicos, neuroquímicos y neuroendocrinos, los cuales se encuentran relacionados con la vulnerabilidad hacia la conducta suicida, misma que está generada a su vez por factores genéticos y antecedentes o experiencias vitales individuales; ergo, en este modelo la conducta suicida sería el resultado de la compleja interacción entre marcadores clínicos, neuroquímicos y la interacción social que puede ser modificada por factores genéticos o neuroendocrinos (Colimón et al., 2006).

1.3. Suicidio celular

1.3.1. Apoptosis y metilación celular

En el cuerpo humano existe de forma natural o programada de muerte celular denominada "apoptosis". Dicho sistema de control es requerido para favorecer el recambio celular y evitar la formación de tejidos celulares de crecimiento amorfo y desproporcionado que se organizan en sistemas tumorales. En consecuencia, el mal funcionamiento del proceso de apoptosis desempeña un papel importante en la enfermedad del cáncer, los trastornos autoinmunes (Lupus Sistémico Eritomatoso) y los desórdenes neurodegenerativos tales como la enfermedad de Parkinson (Keller et al., 2011). Mientras la apoptosis es un suceso inmediato e instantáneo, el proceso de metilación o de "silenciamiento genético" en el suicida tiene efectos a largo plazo, lo que aumenta la dificultad de revertir sus secuelas a razón de la plasticidad del cerebro, las huellas o marcadores somáticos de las experiencias biopsicosociales y los cambios neurobioquímicos–asociativos emergentes en los anidamientos neuronales del cerebro. En un proceso normal de regeneración y funcionamiento autopoiético, la vida

de las células está sujeta a la actividad reguladora del proteosoma que vigila el balance de las proteínas así, cuando dicho balance se altera y ciertas proteínas son innecesarias, estas se marcan o “señalan” para ser destruidas y eliminadas del organismo. Por consiguiente, en la apoptosis el área del proteosoma encargada de reconocer esta señal se desactiva como efecto de la acción de enzimas llamadas “caspasas”, por lo que las proteínas dañadas no son expulsadas y se ensamblan unas con otras (dañadas o en buen estado) provocando una destrucción interna y no–regenerativa.

La metilación del ADN es uno de los mecanismos epigenéticos más estudiados en los últimos años, ya que es una de las formas de cambio y selección de características biotípicas que regulan la expresión génica en los mamíferos. El proceso de metilación consiste en la adición de un grupo de metilo en una citosina en la posición 5 de la secuencia (Martínez, Ugarte, García, Sáenz y González–Pinto, 2012). Este mecanismo epigenético funciona o participa de dos modos: a) de forma directa al impedir la unión de varios factores de trascripción, b) de forma indirecta al proporcionar una estructura “cerrada” de la cromatina (Salozhin, Prokhorchuk y Georgievy, 2005). La metilación permite la formación de las características de organismos multicelulares y, al mismo tiempo, los hace únicos (identidad), por lo que se constituye en un factor esencial para el desarrollo normal, o bien para la diferenciación celular en los organismos. La metilación del AND cumple diferentes roles y juega un papel muy importante dentro de la biología humana, ya que determina la expresión génica en las células (Urnov, 2002), por lo que toda disrregulación conlleva a la represión de genes que pueden ser necesarios para un óptimo desarrollo biopsicosocial, factor que eleva el riesgo de padecer enfermedades degenerativas e irreversibles, y en personas depresivas o con trastornos del humor eleva los riesgos de cometer actos suicidas (Keller et al., 2011).

Otro hallazgo importante acerca de la metilación de ADN tiene que ver con el incremento de BDNF (Brain Derived Neutrophic Factor), el cual promueve el proceso de metilación en el área de Wernicke de sujetos suicidas. De acuerdo con Keller et al. (2011) la metilación del ADN se encuentra asociada con desórdenes mentales y comportamientos disruptivos o anómalos. El BDNF como miembro de la familia de la neurotrofina, tiene un rol importante en el desarrollo y supervivencia de las células en el sistema nervioso central (Barde & Bibel, 2000), interviniendo en los procesos internos de autorregulación celular. En consecuencia, el BDNF se unifica al receptor tirosina Kinasa, el cual es una tropomiosina relacionada con el receptor B (trkB) que regula diversas funciones relacionadas con el desarrollo de la neurona, entre las que se encuentran la síntesis de factores diferenciales de la neurona y la plasticidad morfológica (Barde, 2010). En una investigación realizada en Eslovenia entre los

años 1999–2005, se estudiaron tejidos del cerebro extraídos específicamente del área de Wernicke de 44 personas que se habían suicidado, al tiempo que 33 tejidos de personas con muertes diferentes, los cuales fueron al grupo de control. En la investigación se encontró que los sujetos que habían fallecido a causa del suicido mostraban un incremento significativo en la metilación de ADN en sitios específicos: en el promotor BDNF/exón IV, en comparación al grupo de sujetos que habían muerto por causas diferentes al suicidio (Keller et al., 2011), ergo, los cerebros de los suicidas presentan una metilación mayor respecto a la producción de GABA en comparación con aquellos que mueren de forma diferente.

1.4. Marcadores genéticos y sistema de señales

Según Colimón y col., (2006), la transmisión genética tiene un papel importante en la neurobiología de la conducta suicida y en el desarrollo de otros trastornos psicopatológicos subdivididos por género (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992). Estudios realizados con gemelos y con niños adoptados han demostrado que la vulnerabilidad a la depresión y al suicidio presenta componentes genéticos estructurales, especialmente en gemelos monocigotos, por lo que existe un riesgo mayor de desarrollar una enfermedad depresiva en familiares de primer grado (Cadoret, Caín & Crowe, 1985). Del mismo modo, diversos autores consideran que los factores genéticos relacionados con la impulsividad, la agresión y el suicidio sugieren una alteración en el sistema serotoninérgico (Courtet, Jollant, Casytelnau, Buresi & Malafosse, 2004; Oquendo, Russo, Underwood, Kasir & Ellis, 2006), aspecto corroborado previamente por Oquendo & Mann (2000) y por Pandey, Dwivedi & Rizavi (2002). De acuerdo con Keilp & Sackeim (2001), los pacientes con intentos de suicidio más letales tienen peor desempeño en las pruebas neuropiscológicas comparados con aquellos con intentos de baja letalidad, aspecto que en gran medida se asocia a la creciente dificultad para solucionar eventos críticos. Se debe anotar que muchas conductas autolíticas pueden ser el reflejo de secuelas neurológicas producidas por accidentes, traumas e intentos suicidas frustrados. Para Shimon, Agam & Belmaker (1997), el colesterol se relaciona con los suicidios violentos, ya que muchos suicidas presentan altos niveles de colesterol total, y bajos niveles de colesterol de alta densidad; según los investigadores, contar con niveles bajos de ácidos grasos poliinsaturados como el omega 3, aumenta el riesgo de depresión y suicidio, análogamente, las mayores concentraciones de corticotropina (CRH) y del ácido 5–Hidroxin-

dolacético (5–HIAA) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) "se han asociado con bajos niveles de ácido decoxahexanoico y de omega 3 y con un aumento en el riesgo de suicidio" (Colimón y col., 2006, p. 56).

La vulnerabilidad expuesta por la activación de marcadores también puede aparecer por el consumo de alcohol (Gorwood, 2001), el cual produce marcadores biológicos para la conducta suicida en el estado de dependencia alcohólica. El suicidio es una preocupación de salud pública que implica el estudio de factores neurobiológicos asociados; en este sentido, se analiza la proteína Kinasa C (PKC) por constituirse en una enzima involucrada en las funciones fisiológicas del cerebro, como también por encontrarse implicada en la patogénesis de los trastornos del estado de ánimo; así, el análisis del marcador Kinasa C (PKC) aporta al desarrollo y aplicación de acciones terapéuticas a nivel farmacológico. En este aspecto, los hallazgos de una investigación postmorten del cerebro de 34 adolescentes suicidas indicaron concentraciones anormalmente bajas de la enzima; sin embargo, en el estudio no quedó claro si la falta de la enzima (proteína Kinasa C–PKC) era la causa del suicidio o si esta disrregulación emergió como un efecto potencial al estado mental alterado, actividad que también pudo conducir a la persona a quitarse la vida (Pandey, Dwivedi, Rizavi, Ren y Conley, 2004). Es importante mencionar que el 50% de estos jóvenes cometió suicidio, mientras el resto falleció por otras eventualidades. De acuerdo con los investigadores, las concentraciones menores de la enzima podrían estar vinculadas a anomalías en la interacción del cerebro con las glándulas hormonales, alterando la capacidad de respuesta conjunta ante el estrés. Para Pandey y col. (2004), la menor concentración de la enzima es un descubrimiento significativo y coadyuvante en el entendimiento del perfil neurobiológico de los adolescentes suicidas.

Estudios acerca del suicidio de adolescentes se orientan a la descripción de factores psicológicos y sociales, pero poco se sabe acerca de las características neurológicas de los adolescentes suicidas (Hawton & Harriss, 2007). De acuerdo a la investigación de Pandey y col. (2004), en los adolescentes el principal desencadenante es la agresividad, la irritabilidad y los comportamientos impulsivos, los cuales se asocian a anormalidades en el funcionamiento serotoninérgico, como también a la disminución de la proteína Kinasa C en la membrana y en fracciones de la corteza prefrontal y el hipocampo. Entre los datos relevantes de esta investigación, se encontró que de los 17 adolescentes que murieron a causa del suicidio solo 3 tenían sustancias toxicas en su organismo y consumían anti depresivos, pero al comparar estos resultados con el grupo de control no se mostraron diferencias significativas; asimismo, de las 17 víctimas de suicidio, 9 tenían algún tipo de trastorno mental –básicamente trastornos de humor– y 8 no tenían historial de trastornos mentales; igualmente estas perso-

nas al compararse con el grupo control, no presentaron diferencias significativas; en la comparación por género se hallaron en ambos grupos magnitudes similares de Kinasa C–PKC, lo que quiere decir que los efectos de la enzima en relación al suicidio no están directamente relacionados con el sexo. En general, el estudio encontró que existe una reducción catalítica de la actividad de la enzima Kinasa C–PKC en el hipocampo de los adolescentes suicidas comparados con el grupo de control, lo cual establece una relación entre las deficiencias de la encima PCK y el suicidio, aspecto que resulta relevante para el desarrollo de estudios posteriores que ayuden a la comprensión de las bases neurobioquímicas del suicidio (Pandey y col., 2004).

Una apreciación conductual del suicidio es la elaborada por García y Peralta (2002), para quienes "la conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos factores sociales, psicológicos y biológicos" (p. 88), razón por la que el conocimiento de dichos elementos permite a los profesionales una evaluación adecuada del riesgo suicida, lo cual abre paso al interés por el sistema de señales sociales e indicadores neurobiológicos vinculados a la decisión de quitarse la vida. Los suicidas cuentan con una alteración importante en los sistemas de señales AMPc–adenilciclasa (que se presenta en bajos niveles), la cual está relacionada con la activación de la enzima proteinkinasa A, cuya función es la de "fosforilar las diversas proteínas de sustrato en las células, regulando (…) varias respuestas fisiológicas y hormonales, entre ellas la regulación a la baja del receptor (Dowm regulation), la liberación de neurotransmisores y la activación o inhibición de la expresión génica" (Colimón y col., 2006, p. 53); del mismo modo, estudios postmorten en personas suicidas indicaron una menor actividad de la proteinkinasa A en presencia del AMPC en el área 9 de Brodman (Dwivedi, Conley & Roberts, 2002), condición que al parecer es diferente entre adolescentes y adultos (Pandey & Dwivedi, 1999).

En este sentido, a la alteración del sistema de señales en cascada se puede incluir la disrregulación del área 9–10 de Brodman implicada en el desarrollo del pensamiento (juicios de valor y toma de decisiones), así, su mal funcionamiento produce una notable "incapacidad en el control de los impulsos y la presentación de episodios de explosividad, ira e irritabilidad" (Colimón y col., 2006, p. 47). Otras áreas de Brodman afectadas en los suicidas son las 39–40, involucradas en los procesos de aprendizaje de experiencias sensoriales; el área 11 implicada en el control y tono conductual asociado a la expresión de las emociones y las áreas 31 y 23 concernientes a los procesos motivacionales (Brodman, citado en Fontana, 2010).

Por su parte, Oquendo & Mann (2000, citados en Terraiza y Meza, 2009) indican que durante sus investigaciones, en los pacientes con elevada letalidad en sus acciones suicidas hallaron una notable hipofunción de la corteza prefrontal, aspecto asociado a un menor grado de impulsividad, un mayor número de intentos y una mayor edad en el momento de cometer el acto suicida. Lo anterior guarda relación con una elevada densidad de los receptores 5–HT2A en todas las áreas de Brodmann (Oquendo, et al., 2000), condición que indica de manera clara que "la conducta agresiva en los suicidas puede ser originada en fallas en la inhibición cortico–prefrontal ventral producida por un déficit en el aporte de serotonina" (Colimón y col., 2006, p. 48).

1.5. Contribución de las técnicas de neuroimagen en los trastornos depresivos

La neuropsicología es una rama especializada de las neurociencias que permite conocer, estudiar y determinar las relaciones entre la conducta y el cerebro. Dicha disciplina se apoya en diversos aportes y adelantos científicos a nivel biológico–genético como también, en técnicas que permiten la observación del cerebro desde su parte interna y, al mismo tiempo, posibilitan el descubrimiento de ciertas zonas cerebrales que inciden en diferentes patologías, como es el caso de la depresión y de los trastornos del humor. Entre las técnicas relevantes para la investigación del funcionamiento del cerebro se encuentra la neuroimagen estructural y funcional, la cual ha mostrado cómo los lóbulos frontales y otras áreas vecinas, pueden estar relacionadas con depresiones graves cuyo riesgo mayor es el suicidio (Gastó, Navarro y Serra, 2006). Gracias a los hallazgos de alteraciones neuroestructurales expresadas en las imágenes de resonancia magnética (MRI) y la tomografía por emisión de positrones (PET), se ha avanzado en el interés por desarrollar investigaciones y estudios relacionados con la depresión y su expresión neurobioquímica a través de la neuroimagen. Lo anterior ha aportado elementos clave para establecer factores de predicción, control y prevención del acto suicida, especialmente de aquellos concernientes a cambios en el metabolismo de los sistemas gabaérgico, dapaminérgico y serotoninérgico (Oquendo, Plaidi, & Malone, 2003).

En los estudios acerca de la depresión se ha identificado que existen algunas alteraciones volumétricas tanto en el lóbulo frontal como en el temporal medial. Así, al comparar este último dato con pruebas neuropsicológicas y neuroquímicas se ha observado que las

diferentes técnicas coinciden en las alteraciones de las áreas descubiertas gracias a la neuroimagen (Krishnan et al., 1993). Complementando lo expuesto, Harrison (2002) menciona que existen dos tipos de lesiones neuropsicopatológicas; la primera consiste en alteraciones citoarquitectónicas en la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal, las cuales están relacionadas con alteraciones en el neurodesarrollo o variaciones de la plasticidad temporal; la segunda, pertenece a lo neuropatológico presente de manera especial en el cerebro de pacientes depresivos, principalmente, de personas seniles. Dicho proceso consiste en lesiones subcorticales visibles mediante la neuroimagen. En consecuencia, el uso de esta técnica ha permitido el descubrimiento y observación de zonas cerebrales implicadas en la vida emocional y los trastornos depresivos. Serra et al. (2006) mencionan que los estudios de neuroimagen funcional en los procesos emocionales de sujetos tanto depresivos como de control, apuntan hacia las áreas estructurales del sistema límbico, lo cual puede abrir paso al establecimiento de estrategias de detección temprana de posibles suicidios.

Otro develamiento relevante gracias a la neuroimagen funcional es el hecho de que la amígdala presenta una exagerada actividad en sujetos depresivos comparados con un grupo de control en un ambiente de estímulos neuropsicológicos (Mayberg et al., 1997). La neuroimagen ayuda también a describir los efectos y la efectividad de antidepresivos tricíclicos, tanto en sujetos sanos como en personas depresivas, mostrando las áreas implicadas y los cambios funcionales y estructurales que su ingesta conlleva, asimismo permite demostrar que los sujetos sanos bajo tratamiento antidepresivo, presentan un incremento en la circunvolución fusiforme y en el cerebelo ante situaciones que generan alegría, al tiempo que se ve aumentado el metabolismo de la amígdala e hipocampo en situaciones de tristeza. De acuerdo a los datos suministrados por la neuroimagen, en los sujetos depresivos bajo tratamiento con antidepresivos, las áreas que se ven involucradas y moduladas son los ganglios basales, la amígdala, circunvolución subgenual, parahipocampal y la fusiforme (Drevets, 2001).

A modo de corolario, las técnicas de neuroimagen han permitido el estudio, análisis, y comparación de diferentes zonas del cerebro tanto de sujetos sanos como depresivos, lo que a su vez ayuda a verificar la elección y uso adecuado de antidepresivos y benzodiacepinas en personas con trastornos depresivos. La importancia de estas herramientas tecnológicas radica en la evidencia de las zonas que se ven alteradas en personas depresivas que pueden tener un riesgo suicida, las cuales son la corteza prefrontal y las áreas límbicas anteriores (Gastó, 2006), que resultan determinantes en la comprensión neurobiológica del acto suicida.

2. TEOLOGÍA DEL SUICIDIO. LAS POSTURAS RELIGIOSAS ACERCA DEL SUICIDIO

Helmer Quintero Núñez

En las dinámicas conceptuales de la religión las categorías y términos que definen las conductas son, en general, propuestos en contextos de moralidad. Criterios de bien y mal criban las nociones pues la axiología religiosa es de naturaleza moral.

El suicidio como conducta final ha recibido usualmente reprobación e imputaciones para el agente en las distintas instancias dialécticas de la conceptualización religiosa. Se llaman instancias a los sistemas de pensamiento religioso que en la actualidad la postmodernidad conoce.

2.1. El suicidio en la Teología Moral y en la Ética Cristiana

El primer referente que la moral y la ética cristiana tienen es el testamentario. Los dos testamentos que la cristiandad asume como inspirados sobrenaturalmente sugieren ideas que permiten la ponderación del suicidio.

En el libro mosaico del Éxodo, el decálogo acusa cualquier muerte por causa deliberada con la sentencia: “No matarás” (Cap. 20, ver. 13).

Los pasajes factuales de la escritura o de naturaleza histórica y narrativa en los que aparecen actos suicidas muestran una circunspección negativa. La primera reseña de suicidio está consignada en el libro de los Jueces. Allí, Sansón se inmola con los filisteos moviendo los pilares del edificio (Cap. 16, ver. 30). Otros relatos veterotestamentarios se suman: el suicidio de Saúl y su escudero registrado en el primer libro de Samuel (Cap. 31); la muerte por ahorcamiento de Ahitofel (1 Samuel 31); y el afogarar de Zimri, ante el sitio de la ciudad (1 Reyes 16:18). El suicidio de Judas (Mateo 27:3–10) se ha convertido en el típico escenario referencial para inferir connotaciones negativas en la muerte por mano propia. La circunstancia que acompaña al hecho –la alta traición como último recurso utilitario– ha incidido en la aversión al suicidio por parte de la ética y de la moral cristiana (White, 2005, pp. 657–664).

La teología moral histórica presente en los padres de la iglesia deja ver comentarios como el de Clemente de Alejandría cuando dice que los que se suicidan “se entregan a la muerte inútil”. Él mismo, en una actividad hermenéutica afirma:

> ‘Cuando os persigan en esta ciudad, huid a la otra,’ Él desea que nosotros (no seamos) cómplices de ningún mal a nadie, ni a nosotros mismos. Porque, en cierto modo, nos manda a cuidar de nosotros mismos. Pero el que desobedece es imprudente y temerario. Si el que mata a un hombre de Dios peca contra Dios, él se presentará ante el tribunal y llegará a ser culpable de su muerte. Tal es el caso también del que no evita la persecución, sino por audacia se presenta para la captura. Tal persona se convierte en un cómplice en el crimen del perseguidor. Y si también utiliza la provocación, es totalmente culpable: como si desafiara a la bestia salvaje (2003, Libro 4, Cap. 10).

San Agustín, emisor destacado de la teología moral cristiana, –“y quien se inspiró de una lectura selectiva de Platón” (Watt, 1997, pp. 463–476),– declara de manera concluyente: “entonces, ciertamente, el que se suicida es un homicida… y mucho más culpable de su propia muerte” (Augustinus, A. & Dyson, R. W., 2007 p. 942).

En el medioevo de occidente, el suicidio participaba en las discusiones y en los ejercicios valorativos del actuar individual y social. Dante, Hollander, R., & Hollander, J., lo muestran así: “la violencia se puede hacer contra Dios, contra uno mismo, y contra el prójimo” (2000, p. 31).

Tomás de Aquino (1988), en objeción al suicidio, propone tres razones: (a) Porque contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo amor de sí mismo. (b) Porque hace injuria a la sociedad a la cual el hombre pertenece y a la que su acto mutila: la priva injustamente de uno de sus miembros que debería colaborar al bien común. Ofende el amor del prójimo porque rompe injustamente los

lazos de solidaridad con las sociedades: familiar, nacional y humana, con las cuales estamos obligados. (c) Cada cual es responsable delante de Dios, de la vida que se la ha dado. Él sigue siendo su soberano dueño. Nosotros estamos obligados a recibirla con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No disponemos de ella (p. 107).

En la prescripción del medioevo, Calvino, reformador francés, no se alejó de la teología moral construida, sino como afirma Watt (1997), siguió de cerca la lógica de Agustín. El argumento central que Calvino tiene en contra del suicidio es que al suicidarse se desobedece a Dios rechazando someterse a la voluntad de Él. Dios ha dado vida a los humanos, solo Dios tiene el derecho a quitarla; en el ejercicio de la muerte voluntaria, el hombre es un usurpador de los poderes de Dios. En otro apartado teológico, Calvino inculpa a los suicidas de orgullo o vanidad y denuncia al suicidio como "el peor crimen" (Watt, 1997, pp. 463–476).

En la Europa moderna, especialmente en Inglaterra, con los eclipses propios de la Ilustración y con algunas coyunturas legales, hubo cierta movilidad frente a las concepciones respecto al suicidio. En primer lugar, se creía que la melancolía, base explicativa y etiológica para el suicidio, se debía a la incursión de demonios (Burton, 2008). "Luego con las lecturas a las propuestas de los clásicos griegos y latinos, la descripción de la causa, y a su vez su misma tipología, recibieron otra determinación" (p. 165); determinación que resultó ser útil en lo jurídico, en cuanto a los derechos de los deudos del suicida, pues por estar relacionada la muerte con una situación moral y religiosamente punitiva, no se podían heredar los bienes del muerto.

Ahora, esta discusión en lo legal también vinculó a los escenarios de pensamiento religioso. David Hume cuestionó las argumentaciones de Tomas de Aquino, mientras que John Donne afirmó que ningún pasaje de la escritura prohibía expresamente el actuar del suicida. Solo que este último admitía que la legislación y las concepciones de rechazo, se relacionaban con el hecho de que la práctica del suicidio era frecuente. (Hume, 2007).

El actual catecismo católico presenta una marcada aversión hacia el actuar suicida y se mantiene en coincidencia con las posturas que la tradición ha asumido (Iglesia Católica, 2008).

2.2. El suicidio en la Teología Judaica

Los conceptos positivos y los asuntos de carácter prescriptivos de la moral y la ética coinciden en principio en los sistemas del judaísmo y del cristianismo: por su relacionamiento cultural y por la tradición escritural que comparten.

La Torah es el recurso imprescindible en el monoteísmo ético judío y es también la referencia primaria para el cristianismo, pues este –en su gran mayoría– acepta la revelación escrita de Moisés. En la Torah (pentateuco judeocristiano) se afirma: “no matarás”.

En los tránsitos del judaísmo se recurrió a la hermenéutica y a la aplicabilidad de las fuentes en las instancias históricas, tramitando una documentación conocida como el Talmud.

La Midrash, la cual considera al suicidio como poco común (Gen. R 82:8), incluye la prohibición del suicidio (“estrangulación propia”) en el mandato: “y ciertamente la sangre de tu vida yo demandare” (Gen. 9:5) (Rabinowitz en Skolnik & Berenbaum, 2007 pp. 295-296).

Rabinowitz & Berenbaum (2007) comentan que el deber de preservar la vida, incluso la propia, es uno de los mandatos supremos del judaísmo. Pero el suicidio no está en ningún sitio prohibido explícitamente en el Talmud. Sin embargo, autoridades post–talmúdicas consideran el suicidio como el pecado más atroz, incluso peor que el homicidio. Solo fue en el último tratado post–talmúdico que las leyes respecto al suicidio son formuladas. Se establece que ningún rito se realiza en honor de los muertos, pero todo lo que pertenece al respeto de los dolientes es permitido.

Haim Hermann Cohn en Skolnik & Berenbaum (2007), exponentes de la tradición religiosa judía, dicen que para ser censurable, el suicidio debe ser voluntario y premeditado (me´abbed azmo la–da´at, esto es, él debe intencionalmente destruirse a sí mismo). Se entiende que una persona que se destruye a sí misma lo hace sin necesidad de premeditación (she– lo la–da´at), ya sea por una depresión patológica y por no estar en la posesión de sus facultades mentales (Yad, Sahnedrin 18:6), o por “coacción” (Haim Hermann Cohn en Skolnik & Berenbaum, 2007). Herman Cohn en Skolnik & Berenbaum luego afirman que en cuanto a la violación de la ley divina, mientras cada hombre tiene que decidir por sí mismo si tendrá que suicidarse (Lit. matarse a sí mismo), más bien que cometer alguna de tales violaciones

(Git. 57b), la ley fue colocada en el sentido de que donde él sea requerido a cometer idolatría, adulterio (gillui arayot), o asesinato, él debe suicidarse (Lit. matarse a sí mismo) o permitir que lo asesinen en lugar de cometer alguno de esos crímenes (Sanh. 74a; S. Ar., YD 157).

Aquí aparece una postura especial frente al asesinato propio: Rabbenu Tam (Tos. Avodah Zarah. 18a) legisla que es mitzvah, perpetrar el suicidio en orden de escapar al dolor extremo y la tortura, especialmente cuando es usado en contra de personas para obligar a la apostasía. Acorde a otras autoridades, halakhic, el suicidio, bajo tales circunstancias no es requerido, pero si permitido (Maim., Torat ha– Adam), mientras de acuerdo con otras autoridades, tal suicidio es prohibido (Maharshal, Yam shel Shelomo, BK 8:59) (Menachem Elon M., 2007).

2.3. El suicidio en la Teología Islámica

Annes (2006) afirma que "el Corán inequívocamente condena a los perpetradores del suicido al infierno: Y no se maten ustedes mismos. Ciertamente, Dios es misericordioso con ustedes. Y quien cometa eso por medio de agresión e injusticia, nosotros lo echaremos en el fuego, y eso es fácil para Dios (45: 275-279).

El islam enseña que la vida es un deber sagrado dado a los seres humanos por el Creador. Como otra fe abrahamica, prohíbe el suicidio como un grave pecado. Es prohibido bajo toda circunstancia incluso, la guerra (Annes, 2006). No hay soporte del Corán para tomar la propia vida y mutilar niños inocentes y mujeres, incluso en un estado de guerra con el enemigo. No hay evidencia de la vida del profeta que tales actos fueran animados o permitidos por él.

Otra hermenéutica deducida del escrito fundacional islámico, prescribe ante el suicidio la prohibición: el Corán declara sin lugar a dudas, "no se maten ustedes mismos" (Hasan, 2009, p. 24).

El sistema de pensamiento teológico relativo a la ética que comporta el islamismo es observado por Schirrmacher (2012), y le permite concluir: "En la teología islámica el suicidio está unánimemente condenado. Aún más, matarse uno mismo representa dudas personales

respecto al cuidado y la provisión de Dios. Representa una evasión cobarde de las pruebas que Dios ha destinado para el ser humano, por lo tanto es una indicación de flaqueza de fe (pp. 250–265).

Para algunos teólogos, tales como el antiguo Sheik of al–Azhar, "tomar su propia vida lleva más peso que matar a otro individuo. Es una desviación patológica de la ley de la inviolabilidad del individuo" (Schirrmacher, 2012, pp. 250–265).

2.4. El suicidio en la Teología Budista

En un apartado de la escritura sagrada derivada, como se cree, directamente de Buda, se refiere a estos estados mentales (los que se relacionan con ideaciones suicidas) y sus acciones posteriores como 'torpezas'" (Gautama Buddha & Matthew Meghaprasara, 2011).

Lizardi & Gearing (2010), en una investigación cultural de religiones comparadas, abordan el tema del suicidio referenciando a Disayavanish and Disayavanish:

> En consecuencia, si alguien intenta finalizar el sufrimiento tomando su propia vida por medio del suicidio, en vez de purificar la mente a través de la mediación y siguiendo el sendero óctuple, el resultado es el renacimiento en un nivel inferior de vida (Disayavanish and Disayavanish 2007) (retribución cárnica o rueda del sufrimiento) y una angustia futura, no liberación del sufrimiento (pp. 377–384).

En otro apartado de su aproximación a la cultura budista, los investigadores comentan: "de acuerdo con Sanghar–akshita (1996), matarse a uno mismo es matar a un ser viviente y es, por tanto, considerado una acción negativa que resulta en otra forma de sufrimiento (Lizardi & Gearing, 2010, p. 377–384).

Harvey (2000), en el tratado en el que hace una introducción a la ética budista completa la conclusión: Así como un intento de escape del sufrimiento de la vida, suicidio es, acorde con los principios budistas, totalmente inefectivo.

En los reconocimientos frente al suicidio que advierten los sistemas religiosos mayoritarios y con importante influencia en el mundo, se puede determinar una coincidencia en la historia, en la espacialidad y en los encuentros transculturales. Hay un rechazo señalado cuando se propone al suicidio como conducta. El budismo llama a la acción suicida, desde

torpeza hasta acción negativa que se traduce en sufrimiento; el islamismo, aun con sus lecturas externas tan variadas, le da una total negación a la práctica; el judaísmo considera la autodestrucción definitiva como el crimen más atroz, peor que el homicidio; y el cristianismo, en consistencia con lo escritural, en confirmación por la tradición, y con una argumentación racionalista y humanista, mantiene a las acciones suicidas en las regiones de lo censurable, lo punible y lo divinamente condenable.

3. ENFOQUE PSICOSOCIAL DEL SUICIDIO

John Jairo García Peña

Este capítulo parte de la perspectiva sociológica del Francés Emilie Durkheim (1897), quien en su investigación sobre el suicidio muestra teóricamente el problema de cohesión social que implica. Esta problemática, que ya se hacía visible en la época del autor, no es ajena a este momento histórico. Desde este punto de vista, es necesario avanzar en la comprensión de los aportes actuales de la sociología, con el propósito de continuar el estudio sobre el aumento de la tasa de suicidios que muestra la sociedad moderna.

Durkheim (1982) sostuvo que el suicidio como fenómeno social no podía explicarse desde unos factores meramente psicológicos o biológicos –individualistas–; sino que al ser un hecho social de la relación–individuo sociedad, debía tener una explicación científica en el ámbito de las ciencias sociales y debía tener una objetividad desde las ciencias naturales. Es a partir de esta dialéctica que reconviene a la sociología no olvidar su tarea de continuar haciendo abordajes críticos, reflexivos, rigurosos y objetivos, para tratar los hechos sociales y los comportamientos humanos como el suicidio, desde un enfoque moderno que toque verazmente sus causales. Frente a esto, emerge en el campo de la sociología y en otros campos disciplinares, el interés de comprender más el fenómeno y su interpretación, de acuerdo con los contextos sociales, refiriendo su lenguaje, símbolos y representaciones para proponer nuevas alternativas de intervención sobre esta problemática social.

3.1. El posicionamiento sociológico

El posicionamiento de la sociología a partir de E. Durkheim, en el siglo XIX, la presenta como disciplina estructuralista de las ciencias sociales que estudia los fenómenos reconocidos en la sociedad de una forma dinámica, no solo interesada en investigar las acciones particulares de los individuos (Durkheim, 1982).

A. Comte y J. Stuart Mill, son referentes para E. Durkheim en su trabajo teórico y científico acerca de la metodología de las ciencias sociales, dividido en tres obras significativas para la sociología: las reglas del método sociológico (1895), la división del trabajo social (1893) y el suicidio (1897). Este último es un estudio de los tipos de suicidios presentados en su época, que lo llevará a la reflexión sobre los ambientes culturales y los problemas de cohesión social, desde una investigación social apoyada en su propio método, que concibe como la explicación científica en ciencias sociales, bajo el nombre de hecho social (Mardones, 1991, p. 138).

La modernización de las ciencias sociales ha implicado hacer transformaciones conceptuales partiendo de las exigencias que cada época representa. El marcado interés sobre el significado del hombre y su vinculación social, conducen a los científicos modernos y posmodernos a asumir una posición más crítica sobre la realidad social del ser humano, en su condición individual y colectiva.

El posicionamiento de la sociología ha generado discusión sobre el tema del dualismo individuo–sociedad, debate que se da a partir de los aportes que filósofos como K. Popper, M. Weber, A. Schutz, K. Marx, G. Mead, entre otros, retoman de análisis que parten de enfoques filosóficos de las ciencias naturales, hasta llegar a la construcción ideológica de los conceptos individuo y sociedad, como centro de estudio de la nueva ciencia social contemporánea (Mardones, 1991).

Desde esta perspectiva general, se ubica el estudio sociológico del suicidio, entendido hoy como problemática social, que valida al fenómeno como un objeto a estudiar desde la interacción individuo–sociedad.

3.2. El enfoque sociológico

Los sociólogos actuales de la escuela norteamericana han ratificado sus estudios desde el pensamiento de E. Durkheim, M. Weber y Karl Marx, de las escuelas de pensamiento sociológico europeo, lo que ha permitido continuar con la ardua tarea de la investigación y las fundamentaciones teóricas, con el firme propósito de ayudar a comprender mejor la sociedad moderna.

La sociología tiene como objeto estudiar a la sociedad desde sus individuos y grupos sociales, con una mirada científica y pragmática, que permita observar permanentemente los comportamientos humanos en la irrupción de nuevos paradigmas, advirtiendo acerca de los peligros que una sociedad enfrenta ante los cambios sociales. El sociólogo francés Emilie Durkheim se preocupó por los cambios generados por las sociedades industriales. Retomando su preocupación, hoy la urgencia es saber cómo mitigar los efectos que estos cambios traen, buscando proteger a los individuos y colectivos (Garvía, 1998).

La sociología aporta a los hechos sociales diferentes y complejas perspectivas, de forma que su construcción teórica y práctica tenga fundamento en el estudio de los acontecimientos públicos, religiosos, legislativos, costumbristas, entre otros; punto de vista que pone en la realidad las múltiples interacciones que los contienen e identifican, desde los imaginarios, significados y lenguajes de los espacios sociales.

Las etnias, los movimientos humanos comunitarios, las asociaciones y aun el género, se identifican como espacios sociales, como lo plantea R. Garvía (1998), aclarando que de la misma manera que el fisiólogo se dedica a estudiar la función de los órganos de un ser vivo, el sociólogo debe estudiar las instituciones humanas en relación a sus prácticas. Su visión debe ser amplia y veraz, al igual que los valores y la vida cotidiana, contribuyendo a la cohesión social; y si esta no se diera, explica Durkheim (1982), aparecerían patologías sociales que sin duda alguna ponen en peligro la capacidad de todo individuo de conservar la vida.

Desde esta perspectiva teórica, la sociología, con los planteamientos conceptuales de Durkheim en su obra *El Suicidio: Estudio de Sociología*, publicada originalmente en 1897, contribuye a la comprensión del suicidio desde un referente fundamental y obligatorio, posicionó la constitución teórica del suicidio como problemática social, al plantearlo como un he-

cho social con connotaciones psicológicas, teniendo como propósito “mostrar de qué manera lo aparentemente más personal, íntimo, psicológico, era un hecho socioestadístico que podía estudiarse y explicarse sociológicamente” (Ramos, 2006, p. 28).

Desde la mirada metódica de Durkheim, el enfoque sociológico lo que busca es investigar los fenómenos sociales a partir de una tendencia racional en cohesión con la sociedad; por eso, el suicidio entra en la lista de hechos sociales de la realidad, lo que conduce a evaluar y estudiar esta problemática a partir de una comprensión holística, dinámica e integral, que involucra tanto las subjetividades individuales como los colectivos sociales.

3.3. El individuo

E. Durkheim afirma que los individuos son el resultante de las características de una sociedad, que pone su imprenta sobre cada uno “a la manera de un molde impuesto al metal caliente” (Scaglia y García, 2000, p. 34).

El individuo como concepto, tiene sus inicios en el siglo XVIII y XIX, desde los cambios sociales que influyeron la vida cotidiana de la gente en esta época, dejando el sometimiento de la vida feudalista y dando inicio a las libres acciones que trajo el capitalismo, donde las relaciones sociales cambiaron los vínculos y modificaron las costumbres, los modos de trabajo, las prácticas religiosas y la economía, generando nuevas formas del lenguaje y representaciones sociales y permitiendo a los individuos apropiarse de unos símbolos que ordenaran su nueva identidad social y una manera de interacción con los demás.

La conducta individual está determinada por un contexto concreto. Allí centraliza su vida, sus actuaciones y sus deseos; pero cuando los asuntos que condicionan su voluntad cambian, también cambian sus expectativas de vida y su voluntad se reprime; entonces, puede surgir una acción represiva en sí mismo, que lo pone en predisposición individual desviando sus ideales a una causa desconocida que, de no tener cuidado, se puede convertir en un acto suicida.

Cuando habla de individuo en un plano social, para Durkheim (1982) implica diferenciar las especificaciones sociales de las determinaciones individuales biológicas y psicológicas de la conducta humana. Esta perspectiva adquiere sentido en un orden sociológico que tiene

su inicio en la influencia social. Para él era necesario descubrir lo que le acontece al individuo en su vida cotidiana, lo que significaba comprender la presión que ejerce la sociedad en un individuo.

En la relación de individuo–sociedad desde el campo sociológico, Scaglia y García (2000, p. 33), estudiando a Durkheim sobre el suicidio, llegaron a la conclusión de que la sociedad deja su marca en los individuos, se impone, da forma a sus actos y pensamientos; es decir, ellos consideran que la presión social es la fuerza con la que la sociedad se impone al individuo y al mismo tiempo, lo protege.

3.4. La sociedad

E. Durkheim en su trabajo científico explicó el suicidio a partir de entender el comportamiento individual dentro de un contexto social. Llegó a la conclusión de que las tasas de suicidio de una sociedad reflejaban el grado de integración de las personas en la vida grupal de la sociedad (Schaefer, 2006, p. 8). Esto equivale a decir que el suicidio tiene sus manifestaciones propias en cada sociedad, determinando los cambios y momentos históricos. Se entiende así que el fenómeno del suicidio cambia de acuerdo con las transformaciones de la sociedad.

Sin lugar a dudas, la sociedad tiene un valor representativo en las manifestaciones suicidas, pues los cambios de la sociedad hacen variar el comportamiento humano, que influyen en la actitud subjetiva, de esa forma siempre varía el fenómeno del suicido. Para el siglo XIX se traduce como desesperación; en ese momento, el suicidio no se interpreta como un sentimiento, sino que representa un vicio, la pérdida de fe y la convicción de no poder ser salvado; apreciaciones de la época que difieren de la postura cultural actual, donde la comprensión del suicidio está en un nuevo plano desde las concepciones de la sociedad de hoy (Guillo & Le Bonniec, 1982, p. 62).

La descripción de sociedad toma sentido en el concepto mismo de colectividad, que utilizará Durkheim (1982) para referir que el hombre es un sujeto social que pertenece a un grupo; es decir, la sociedad es una estructura con vida propia que establece vínculos que cohesionan al individuo con su realidad. De esa manera, se puede entender que la función del individuo en su mundo social es construir, transformar, recrear.

La fusión de esta dualidad individuo–sociedad, permite entender los avances de la sociedad y su influencia en los individuos, e identificar los factores que determinan los fenómenos sociales que de esta interacción resultan. De hecho, Durkheim (1982) afirma esta dualidad con la idea de representaciones colectivas, al diferenciarlas de las representaciones individuales; de esta forma, separa el concepto psicológico del sociológico en el estudio del suicidio y aclara que todo hecho social es explicado en función de las representaciones colectivas (p. 335).

Cuando la interacción del individuo–sociedad se rompe, la dinámica homogenizadora sufre cambios, lo que posibilita dos variantes: la primera, que el individuo asuma una posición independiente, sufriendo el malestar que condiciona su comportamiento y lo puede conducir a estados mentales de alta o baja alteración; recurrente a tratamientos psicológicos o psiquiátricos. La otra variante se da en la destrucción del grupo, lo que pone en riesgo no a un individuo, sino a un colectivo que socialmente interacciona con redes internas al grupo, a los cuales también afecta (Durkheim, 1982, p. 333).

3.5. El suicidio

El suicidio es "todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado" (Durkheim, 1982, p. 7).

Los hechos sociales de los siglos XVIII y XIX, ocasionados por movimientos humanos que cambiaron el orden social de Europa y de Estados Unidos, motivaron a Durkheim (1982) a explicar, desde la realidad sociocultural, el suicidio como un fenómeno social. Lo concebía como uno de los efectos de las alteraciones de la sociedad de su época, y que al presentar tendencias patológicas, requería de un método de investigación crítico y confiable, que explicara las razones del comportamiento suicida.

Las trasformaciones de orden social que se presentaron en estos siglos, son efecto de los cambios que comenzaron a vivir los individuos en su cotidianidad. Pasar del feudalismo al capitalismo ocasionó problemas que se manifestaron en la mudanza de los individuos para conformar espacios comunes que se llamaron caseríos; dejar la producción tradicional del

campo por el salario de las empresas, acabarse el trueque para entrar al mercado, fueron asuntos que incrementaron la pobreza. Se instauró la institucionalidad, aumentaron los poblados sin condiciones urbanas y se acrecentaron los problemas de seguridad.

Estos hechos sociales determinaron un asunto social que en su época muchos no consideraron, y que Durkheim (1982) definiera como "un fenómeno que resultara de todos estos juntos", el "suicidio" (p. 43), refiriéndose a la muerte voluntaria como un acto de protesta o de liberación, por las dificultades a las que se vieron sometidos, a la impotencia para resolver los problemas que provocaron inconvenientes, complicaciones y contrariedades a razón del entrante proceso capitalista; lo que desencadenaría prácticas sociales que llevaron a los individuos a buscar diferentes soluciones. La ideación o el acto mismo de la muerte a mano propia, se convirtió en un símbolo de libertad.

En el estudio literario sobre el suicidio de la obra *El dios salvaje*, Álvarez (1999) manifiesta que la muerte por mano propia, vista como el arte de la muerte voluntaria, recae en su análisis desde los factores psicosociopáticos, que se convierten en el mal de la civilización. Pone como ejemplo el alcoholismo, tal vez uno de los más importantes, y que no deja de ser un factor antiguo. Comparado con los tiempos de hoy, la drogadicción, la prostitución, la miseria, los cambios abruptos de la tecnología y las enfermedades terminales, nos dice el autor, son factores que generan un alto estado de ansiedad y se pueden convertir en síntomas depresivos, de inseguridad, impotencia y soledad, que llevan a un individuo a auto aniquilarse como escape de una sociedad enferma.

Álvarez (1999) hace claridad sobre la muerte voluntaria al desarrollar conceptos que conducen a pensar que es el resultado de tener que vivir una vida desdichada, sometida o deprimente, causada por factores externos a la voluntad. El arte de la muerte, paradójicamente cobra vida al mostrar la muerte como un acto final que alivia los penosos episodios de la vida; en esa medida, la muerte por decisión propia, contextualizada en cada época, siempre puede comprenderse como un acto individual abocados por un orden social determinado y que descarga los prejuicios y excesos de dicha sociedad, es desde este criterio que Durkheim (1982), logra describir los tipos de suicidios como asuntos de carácter egoísta, altruista y anómico.

Paralelamente, es necesario entregar otros conceptos que definen el suicidio y el reconocimiento actual que este amerita. El primer planteamiento se apoya en el trabajo científico moderno: es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), que define el suicidio como el acto de suicidarse con fatal desenlace; como un atentado contra la propia persona, con un grado variable en cuanto a la intención de morir.

Tanto la vida como la muerte son actos voluntarios de todo ser humano que se representan por lenguajes sociales, y el análisis de ambas parte del estudio de los diferentes contextos sistémicos que impactan a la sociedad; así, sus registros están dados por la suma de estados individuales, por el resultado de una sociedad colectivamente afectada que requiere de una intervención social para buscar, desde las variadas disciplinas de las ciencias sociales, dar solución y alcanzar una mejor condición social (Cohen, 2007).

3.6. Las categorías del suicidio desde el enfoque psicosocial

En todas las sociedades existen casos de suicidio, aunque las tasas difieran de una región a otra o de una cultura a otra; desde ahí, dicho acto tiene que ser de interés para la sociología. Como se ha planteado, esta ciencia trata la institucionalidad y los hechos sociales estructurales; a partir de ahí concibe el suicidio –aunque podría ser objeto de estudio exclusivo de la psicología porque se supone que afecta únicamente al individuo y depende estrictamente de factores individuales–, pero realmente la sociología muestra que el suicidio es uno de los tantos efectos de una crisis social y de unas fuerzas culturales en un momento histórico determinado, y que trasciende las individualidades.

La tesis por excelencia propuesta por Durkheim (1982) plantea que cada orden simbólico, cada grupo social y cada institución tienen una economía propia del suicidio. Dicha economía se caracteriza por las tasas invariables de suicidio durante los períodos en los que el orden simbólico se mantiene estable. Durkheim es puntual cuando plantea que toda organización social le paga un tributo a la muerte bajo la forma de una tasa más o menos constante de autoeliminación de algunos de sus integrantes: “cada sociedad está predispuesta a producir un contingente determinado de muertes voluntarias” (Durkheim, 1982, citado por Carmona, Tobón, Jaramillo, & Areiza, 2010, p. 18).

En retrospectiva, esto determina al suicidio como problemática psicosocial, pues las constantes sociales de los suicidios y su relación con fenómenos macro, como la pobreza, las guerras, las distintas formas de la inequidad y la disfuncionalidad familiar, hacen que el suicidio se comprenda como parte de la complejidad de una sociedad, donde cada suicida, desde su elección individual cumple un rol social, que de alguna manera permite que se equilibre la vida colectiva.

Así, la sociedad dispone de lugares y funciones que tienen como finalidad el suicidio, cuyo estatus se nutre de las significaciones que se manifiestan en la forma como es tratada la muerte de sí mismo por parte de las comunidades, dándole un valor simbólico (Carmona et al., 2010, p. 16) y resignificando la muerte desde las presiones sociales. “Una dosis fuerte de tristeza y melancolía es necesaria para la vida sana. La salud social no reclama solamente criminalidad suficiente, exige una cierta ‘tasa social’ de suicidios que, en verdad, tiende a ser exagerada un poco, y aún mucho, en nuestra época” (Tarde, 2006, p. 525, citado por Carmona et al., 2010, p. 17).

Durkheim postula una serie de factores suicidógenos que inciden e incitan a la muerte a personas concretas, afirma que “la tasa de suicidios varia inversamente con respecto a la integración de los grupos sociales de los cuales el individuo forma parte” (Cohen, 2007, p. 168).

Entendiendo el origen social de esta problemática, no se puede hablar de suicidio, sino de suicidios –en plural–, ya que las causas que determinan este acto de preferir la muerte a la vida, son siempre diversas; incluso opuestas, en cada caso. Es importante tener presente que las causales no son nunca los efectos. Cualitativamente, cada suicidio es particular, aunque en términos individuales, Durkheim plantea que siempre conllevan una idea moral que se relaciona en proporciones variables con el egoísmo, el altruismo y la anomia. De acuerdo con lo que sugiere este sociólogo francés, en toda sociedad coexisten estas corrientes de opinión y cuando se presenta un equilibrio entre las mismas, el agente moral protege al individuo en contra de toda idea de suicidio. Pero cuando una de ellas sobrepasa cierto grado de intensidad en detrimento de las otras, al individualizarse, se convierte en suicidógena, dando lugar a tres manifestaciones cualitativamente diferentes del suicidio: el suicidio egoísta; el suicidio altruista y el suicidio anómico (Durkheim, citado por Carmona et al., 2010).

En esta medida, Durkheim (1982, p. 301) afirma que el suicidio egoísta, presente siempre en la historia de la humanidad, resulta de la alienación del individuo, de su languidez melancólica, que le impide la ser feliz y su desarrollo social, el trabajo, la vida pública e incluso

la doméstica; todo le inspira indiferencia, produciendo un total retraimiento de la existencia. Dice Durkheim que el individuo al desentenderse de todo lo que le rodea, repliega su consciencia sobre sí misma, olvidándose de sí, con un total desapasionamiento, con lo cual, no hace más que ahondar el abismo que le separa del resto del mundo, entregándose en cuerpo y alma al aislamiento.

El suicido altruista, manifiesta Durkheim (1982, p. 310), aparece cuando se produce en el individuo una pasión violenta como respuesta moral a los mandatos sociales que terminan oprimiéndolo, por imponer un código de deberes de sentido colectivo, lo que hace del sacrificio por el grupo una exigencia propia del deber ser. En suicidios de este tipo, la sociedad es la que determina las condiciones y circunstancias que hacen exigible esta obligación.

El suicidio anómico es un acto que, contrario a las acepciones anteriores, no está sujeto a ninguna norma explícita o implícita. Resulta de una disociación y fragilidad de los valores sociales que lleva a un desorden individual, con una pérdida de significación por la vida. El individuo queda a la deriva, sin freno, desacomodado. Suele presentarse por alteraciones temporales como la guerra o las crisis económicas, por cambios vertiginosos en la estructura social, que alteran los valores establecidos generando un desorden social.

3.7. La ideación

"Cuando la vida es un mal para uno y no es un bien para nadie, está permitido librarse de ella". Jean–Jacques Rousseau.

Los tipos de suicidios descritos por Durkheim podemos entenderlos hoy desde el concepto de ideación, como manifestación consciente de pensar o desear morirse (a veces imaginando un plan o método concreto para realizarlo).

> Se ha observado en numerosas investigaciones que la depresión es la variable más relacionada con la ideación suicida (Au, Lau y Lee, 2009; Garlow, Rosenberg, Moore, Haas, Koestner, Hendin, y Nemeroff, 2008; McLaren y Challis, 2009). En este sentido, Hintikka, Koivumaa, Lehto, Tolmunen, Honkalampi, Haatainen, y Viinamaki (2009) concluyeron que un estado de ánimo depresivo se debe considerar como una condición previa necesaria para que surja la ideación suicida (Sánchez; Villarreal; Musitu y Martínez, 2010).

3.8. El vínculo

Durkheim buscó respuestas que le permitieran explicar los hechos sociales en relación con el fenómeno del suicidio: para él tenía valor comprender las diversas probabilidades del suicidio y cómo estas se manifestaban de forma diferente entre los individuos de una sociedad.

En esta perspectiva es posible comprender hoy el concepto de vínculos sociales desde la integración social y la regulación social. Durkheim, al plantear el concepto de integración social, manifiesta que las personas se relacionan y conforman un status que les hace posible funcionar mediante roles sociales; explica el concepto de regulación social, afirmando que los individuos hacen parte de grupos organizados y se relacionan con las instituciones desde los lineamientos normativos y morales que como canon impone cada sociedad. En esa medida, cada situación suicida se manifiesta de manera particular desde la complejidad de las interacciones y entramados sociales.

3.9. El acto

El acto suicida es el estado último de la ideación suicida y es un proceso que se desencadena por los problemas sociales no corregidos; al no ser identificado e intervenido, es irremediable.

El suicidio como acto pone en escena las condiciones humanas favorables y desfavorables, por las que una persona toma la decisión de morir voluntariamente. Estas condiciones, en los tiempos modernos, están dadas a partir de los cambios globales, de las dinámicas locales y de los conflictos sociales. De hecho, el análisis del suicidio no puede darse sin antes haber tenido en cuenta los acontecimientos y definir los factores del contexto inmediato, aquellos que reflejan en la sociedad malestar, impotencia, desequilibrio, desesperanza y depresión; asuntos que mueven la voluntad de la persona para querer salir de la crisis o problema, imponiéndose el acto.

Pero el acto suicida, en tanto proceso, presenta momentos que lo hacen previsible y prevenible, por lo que es necesario identificar las fases que anteceden al acto como tal. Dentro de tales momentos se pueden observar: la amenaza suicida, que es una expresión de la intención, sin pasar al acto, con el propósito más o menos consciente de obtener un beneficio, como protesta, venganza u oposición; imaginando o esperando provocar una respuesta en los demás. Otro momento es el intento de suicidio, que es un comportamiento autodestructivo que fracasa en el logro de quitarse la vida. Y por último, las conductas autodestructivas que pueden ser conscientes o no, equivalentes suicidas, ya que son formas de dejarse morir activa o pasivamente; incluso muchas veces son aceptadas y reforzadas socialmente; entre ellas se observa, el consumo de SPA, o dejar de ingerir medicinas necesitándose para la salud, el exceso de alimentación y la imprudencia en las vías de tránsito (Chávez, Pérez, Macías, Páramo, 2004, p. 19).

Desde constructos teóricos se puede hablar también de tipos de suicidios que cumplen medidas sociales en la contemporaneidad. Así puede verse el suicidio asistido, que se caracteriza por la ayuda que un tercero proporciona a un enfermo terminal para que deje de vivir, cuando las condiciones de dignidad declinan. Técnicamente no es igual a la eutanasia, realizada por un profesional de la salud que asiste a la persona; y, la cual está avalada desde 1980, que se fundó la asociación “Exit”, por el derecho a morir dignamente (Janín, 2009).

Otra modalidad de suicidio reconocido es el colectivo, que es cuando el acto ocurre en muchos, inducidos por algunos. Puede ser por medio de un acuerdo previo o sin este, donde muchos de los miembros del grupo están puestos en roles pasivos. Hay que distinguir a los verdaderos suicidas en masa de las epidemias de suicidas, ya que los primeros obedecen menos a una decisión personal y pueden clasificarse dentro de los suicidios altruistas denominados por Durkheim; mientras los segundos pueden ser más egoístas o anómicos. A menudo el suicidio colectivo es un suicidio obsidional (Janín, 2009).

El suicidio obsidional sucede cuando la persona prefiere darse muerte a caer en manos del enemigo, en el momento que este asedia. También se clasifica el suicidio protesta, que puede ser el acto como tal, pero también incluye la amenaza. Ambas formas pretenden dar un aviso que despierte la consciencia y cambie el rumbo de una conducta. Con la amenaza se espera ejercer presión sobre los poderes públicos.

El suicidio crónico es otra forma que manifiesta una autodestrucción a largo plazo, a nivel físico, psicológico o social. Se podría incluir en esta categoría a los alcohólicos, los drogadictos, los ascetas y quienes practican el martirio (Karl Menninger, citado por Janín, 2009).

Por último, está la clasificación del suicidio ecológico, término utilizado, entre otros, por el escritor mexicano Carlos Fuentes (2005, citado por Janín 2009) para designar los atentados continuos que el ser humano comete contra la naturaleza. Suicidio total, suicidio cósmico y suicidio planetario han sido otras formas de nombrar esta manera de relacionarnos con la naturaleza, donde se advierte una amenaza. Hannah Arendt, citada por Carlos Janín (2009), expresa que anula inclusive la libertad del suicidio, ya que, aunque haya circunstancias en que la vida individual no merezca vivirse, no puede aplicarse lo mismo a la humanidad.

3.10. Los factores psicosociales

Estos factores de orden social hacen parte de las causales que pueden determinar la elección de suicidio en casos específicos; están: los factores socioeconómicos como pobreza o desempleo, la falta de oportunidades laborales y sociales por bajo nivel educativo, las demandas del mercado; sentirse agobiado por las inequidades e injusticias sociales y ser víctima de las diferentes formas de la violencia. Otros factores como la corrupción política, los desbalances socioeconómicos, las nuevas y excluyentes exigencias tecnológicas y la impunidad, son asuntos complejos que están en el fondo de muchas decisiones suicidas (Shiva, 2004).

Dentro de esta categoría, también podría incluirse la influencia de los medios masivos de comunicación, que muchas veces imponen modelos de difícil acceso. Ciertos factores sociales, como la pronta disponibilidad de medios para cometer suicidio y los acontecimientos estresantes, juegan un papel significativo en el aumento del riesgo de suicidio (OMS, 2003, citado por Carmona, et al., 2010, p. 26).

Dentro de los factores sociológicos están los referidos al ámbito familiar, destacando en nuestro contexto los reseñados desde la violencia intrafamiliar, que siempre implica cierto rechazo emocional. La disfuncionalidad familiar es un factor relacionado con el suicidio y su intento, como consecuencia de la separación de los padres, los desacuerdos parentales, la falta de comunicación y/o prácticas de crianza inadecuadas, poco afectivas y lábiles a nivel normativo, que recurren a la violencia y a la vulneración de los derechos de la familia.

3.11. El interaccionismo simbólico

Esta propuesta teórico metodológica permite seguir ampliando la comprensión de los factores y perspectivas sociológicas de una problemática como el suicidio, en la que se relacionan dialécticamente lo individual y lo social.

George Herbert Mead (1968) aporta la teoría psicosociológica de la subjetividad explicando que el universo simbólico está hecho de palabras, lo que diferencia el mundo animal del humano, puesto que el mundo animal como instinto, no cambia. El mundo humano se transforma por su misma condición de habitante del lenguaje y está referido siempre por el rol que juega en la vida y cómo se desempeña.

Los fenómenos psicosociales son aquellos en los cuales los individuos y los colectivos hacen visible la interacción social y los símbolos que les agrupan e identifican como sociedad. La combinación de estos dos aspectos –interacción y símbolos– amplía el aporte sociológico sobre el suicidio en su interés por dar significado a los comportamientos que se observan en la participación individuo–sociedad, para la construcción de sus lenguajes. Es decir, a la forma de comunicación e interacción que se utiliza para dar significados y tomar consciencia de la convivencia, de las actitudes, de las relaciones interpersonales y de los gestos y símbolos que la sociedad involucra en la dinámica de comunicarse con los demás.

El interaccionismo simbólico surge como un paradigma metódico que permite interpretar y discutir los estudios que analizan el fenómeno del suicidio. Esta propuesta dirige su diálogo hacia la interacción social, como el acto que debe entenderse desde el comportamiento social de los individuos y que está mediatizado por los significados –símbolos–. Esto significa que las representaciones sociales describen los rasgos de la sociedad y con ella sus fenómenos, teniendo en cuenta que dan razón a partir de los colectivos sociales, sin dejar de lado la condición individual (Mead, 1968).

Esta perspectiva permite entender la manera en que los simbolismos representan las acciones colectivas o institucionalizadas como factores que determinan lo social desde la misma interacción humana. Los simbolismos tienen origen en la acción colectiva de los individuos y son estos los que determinan su *statu quo*, los credos, sus costumbres; son los que encauzan su orden social.

El interaccionismo simbólico, como enfoque metodológico, aporta a la comprensión y explicación del fenómeno del suicidio presente en las sociedades modernas, desde la interpretación de los significados que se representan en el lenguaje; por ejemplo, los medios como la radio, la televisión, la internet y su sistema de redes sociales y otros, como los cultos religiosos, los sistemas de educación, los grupos aficionados y los juegos de roles, son tipos de interacción o de comunicación, que resultan de la relación cotidiana de los individuos en sus espacios sociales de convivencia, en los que interpretan su realidad y pueden orientar sus comportamientos frente a situaciones como el suicidio.

A lo largo de este texto se ha venido argumentando que la construcción del acto de suicidio tiene una génesis social que no desvirtúa los elementos subjetivos del acto, aquellos identificados como contestación a la pregunta ¿por qué esta persona y no otra, dentro de un mismo contexto social, se suicida? Esto permite vislumbrar respuestas a ¿qué dinámicas y significaciones que circulan en el contexto social o urdimbres vinculares favorecen el suicidio de una persona? En este sentido, es importante reconocer la procedencia social de la persona, la cual emerge "en el proceso de la experiencia y la actividad sociales, es decir, se desarrolla en el individuo dado de resultas de sus relaciones con ese proceso como un todo y con los otros individuos que se encuentran dentro de ese proceso" (Mead, 1934/1999, citado por Carmona et al., 2010, p. 7).

Con respecto a los vínculos, Mead (1968) escribe en "Espíritu, persona y sociedad" como desde esa trilogía se desarrolla la capacidad de entendimiento del ser humano mediante los vínculos; es decir, el ser humano socializa con el mundo de los objetos, genera lazos a través de juegos de roles, de su estatus y formas de la comunicación, adoptando papeles que le asemejan y dan significado a la interacción entre los individuos y con la sociedad.

3.12. La fenomenología

La fenomenología sociológica también ha brindado sus aportes a la obra de Durkheim sobre el suicidio, a partir de mostrar la necesidad que tienen las ciencias sociales de buscar la relación que hay entre los conceptos fenomenológicos con la sociología. Esta percepción se podría interpretar como el interés que hay de comprender el significado de lo subjetivo de la acción social y sus fenómenos (Schutz, 1932, citado por Mardones, 1991, p. 272).

Para E. Durkheim (1982, p. 15), el fenómeno del suicidio está precedido de causas propiamente sociales –externas– y su manifestación es natural a la vida; también pone de manifiesto la manera como se producen sus efectos; ambas en la relación del ajuste entre el individuo y la sociedad.

La consideración de este vínculo muestra significativamente la experiencia humana, tal como se analiza en las teorías comprensivas y comunicativas de la acción social que plantea A. Schutz. De esta manera, se puede entender el concepto de fenomenología como método de estudio para la sociología en la comprensión del suicidio. Esto implica que el método sociológico, como señala Durkheim, es tratar los fenómenos como cosas que requieren de una investigación que permita llegar hasta los orígenes que las causan y dar una explicación comprensiva, buscando siempre argumentos que no sean carentes de la experiencia y que se fundamenten en la utilidad y veracidad científica (Mardones, 1991).

En esta vía, se trata de estudiar fenómenos entendidos como la manifestación perceptible por los sentidos o por la inteligencia. Por tanto, desde esta perspectiva teórica, los fenómenos sociales son manifestaciones externas o internas que una persona vive conscientemente en un entorno social determinado; lo que permite entender que si bien estos emergen como conceptos en un primer momento desde la terminología científica, lo que se pretende es que sean analizados desde la realidad práctica y cotidiana.

4. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO EN EL ESCENARIO UNIVERSITARIO

Benilda Layne Bernal

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad (Rondón, 2006, citado por Jiménez, 2009, p. 184). Uno de los medios específicos de adolescentes y jóvenes para realizar su potencial es el ingreso a la universidad; allí se enfrentan a retos como compartir con otros jóvenes estilos de vida, costumbres cotidianas, formar de ser; medio aun más relevante en la vida adulta, puesto que al iniciar y finalizar una carrera profesional en esta etapa devienen altos niveles de competitividad y el desafío de mostrar ante los docentes el fortalecimiento de las habilidades profesionales. Estos aspectos configuran el contexto en el que el estudiante universitario va a convivir por más o menos cinco años, durante los cuales no se puede la situación económica, el ambiente familiar, la pareja y la salud mental de cada uno de ellos y de la totalidad del grupo, aspectos en que se tratarán durante el presente capítulo.

En cuanto a la salud mental, según la OMS (2003, 2005; citada en Valencia, 2007), se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental, que genera algún tipo de sufrimiento e incapacidad. Alrededor de 121 a 150 millones de ellas sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso del alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren esquizofrenia, 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y entre 10 y 20 millones intentan suicidarse. La OMS estima que en el ámbito mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y que en 2020 representará el 2,4%; el rango de edad de mayor frecuencia de conducta suicida es de los 14 a los 25 años.

Según Alejo (2013), El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS) de la Alcaldía Mayor de Bogotá y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reportó que en el “2008 se registraron 261 casos de suicidio consumado, en el 2009 253 casos, en el año 2010, 247 casos, en el 2011 275 casos, en el 2012 242 casos”; en el 2013 la atención de casos por conducta suicida fue de 399 casos reportados; no obstante se sabe que son numerosos los casos que no se reportan por el estigma que implica para la familia o para las redes de apoyo social reconocer que se tiene dentro de su círculo de familiares a un posible suicida.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (citada por Cifuentes, 2012):

> La violencia dirigida contra sí mismo comprende los comportamientos suicidas, las autolesiones, como la automutilación y el comportamiento suicida, desde el simple pensamiento de quitarse la vida al planeamiento, hasta la búsqueda de medios para llevarlo a cabo; el intento de matarse y la consumación del acto (p. 326).

Puede suceder que en los Sistemas de registro epidemiológico o de violencia solo aparezcan las cifras del suicidio consumado, lo que implica que las demás manifestaciones de lesiones autoinfligidas quedan en subregistro o se desconocen por completo. Arévalo (2011) afirma que una forma de violencia autoinfligida es morderse, cortarse, arrancarse el cabello, el consumo de drogas, la bulimia severa, entre otros, y no son de menor importancia las omisiones en el autocuidado, como por ejemplo, pasar a menudo el semáforo en rojo y dejar de tomar la dosis de los medicamentos indicada por el médico.

Desde la epidemiologia, Ayuso (2012) recomienda que el suicidio consumado o la muerte autoinfligida y el intento de suicidio, es decir, la autolesión con un resultado no fatal acompañado de la evidencia de que la persona tenía intención de morir y de la ideación suicida, deben ser estudiados e investigados para determinar su impacto en la salud y, así mismo, fortalecer las políticas de salud mental y los programas de atención dirigidos a la población universitaria.

La ideación suicida, estudiada por Córdoba, Rosales, M., Caballero y Rosales, J., (2007) citando a Pérez (1999), comprende los siguientes aspectos: el deseo de morir, la representación suicida, la idea suicida sin un método determinado, la idea suicida con un plan o método indeterminado o inespecífico aún, la idea con un método determinado sin planificación, la idea suicida planificada o plan suicida. Todas estas merecen la atención de profesionales, familiares y amigos para, sí es el caso, elegir una ruta de atención a seguir y la generación de factores protectores para no hacer realidad la consumación del intento del suicidio o el

suicidio como tal. Estos indicadores merecen atención, como lo evidencia el estudio con 521 universitarios en el que se encontró que el 59.9% manifestó dicho comportamiento, es decir, 312 individuos. Algunos de ellos, al parecer, habían vivido una de las siguientes situaciones: no poseer trabajo, vivieron la infancia con uno solo de los padres o sin ambos padres, consumo de: cigarrillo, drogas o medicamentos, no tener dinero suficiente para los gastos, haber recibido atención psicológica, pensamientos negativos y percibir el futuro como incierto.

En la conducta suicida, están implicados el contexto social, familiar y la personalidad del individuo. El estudio de Ballesteros, Gutiérrez, Herrera & Izzedin (2012) sobre representaciones sociales encontró los siguientes resultados a destacar: estudiantes Universitarios de la Universidad Surcolombiana, el 26% afirma conocer a alguien que ha cometido suicidio, el 35% afirma haber tenido pensamientos suicidas con mayor frecuencia en carreras como Medicina y Psicología. Participantes de la Universidad Nacional declaran haber conocido alguien que cometió suicidio y el 59% afirmó tener pensamientos suicidas. De otra parte, “las actitudes positivas y negativas hacia el suicidio están mediadas por las prácticas religiosas, el contexto cultural alimentado por el capital simbólico del país, que da sentido y organización a las ideas sobre vida y muerte” (p. 538).

Respecto al ámbito familiar, se pueden identificar antecedentes de algún miembro de la familia con conducta suicida, trastorno mental, violencia intrafamiliar, entre otros. Aja (2007) menciona algunos aspectos en la conformación de la familia que pueden incidir en la presencia o ausencia de la conducta suicida, estos son: disminución en el número de miembros de la familia, lo que implica tener una red de soporte social más débil (p. 309). Aumento del horario de trabajo y la incorporación de la mujer a la vida laboral. Paso del modelo autoritario al modelo permisivo; es decir, se desdibujó la autoridad familiar necesaria para el control, la disciplina y la autorregulación de las nuevas generaciones. Aumento de las separaciones y padres y madres solteros que vuelven a conformar, a veces, hogares que necesitan de gran capacidad de negociación en el manejo del conflicto familiar y el desarrollo de cada uno de los miembros de la familia. Violencia, desplazamiento forzoso, desapariciones y hasta catástrofes naturales vulneran la seguridad familiar y conforman factores predisponentes para la presencia o ausencia de la conducta suicida, los trastornos mentales y las adicciones.

En la investigación de Francis (2010) sobre los antecedentes familiares, el 20% de los adolescentes suicidas tienen un padre suicida, este hecho aboca a las hijos e hijas a la ausencia física y psicológica de alguno de los progenitores. Según este autor, otras dificultades familiares asociadas a la conducta suicida en universitarios son:

La violencia doméstica, en el estudio de Espinoza, Zepeda, Bautista, Hernández, Newton y Plasencia (2009) (p. 213) se encontraron los siguientes resultados: adolescentes que refirieron ideación suicida, 870 (15.8%), mientras que 398 consignaron intento suicida (7.3%). En total, 411 refirieron haber sido sometidos a violencia física en casa (7.5%); 905 señalaron violencia verbal (16.5%) y sólo 90 (1.1%) manifestó haber sido sometido a abuso sexual (216). La tendencia a la ideación suicida y el intento de suicidio es mayor en mujeres que en hombres, cuando se presenta la violencia intrafamiliar. Dichos resultados coinciden con los de China, Uganda y México. Es necesario que en los estudios epidemiológicos se indague sobre todas las formas de violencia, tal es el caso de la verbal, emocional y de la negligencia; estas también tienen efectos en el desarrollo psicosocial de todos los individuos.

La calidad del ambiente familiar también ha sido abordada, así, en el estudio de Cantoral y Betancourt (2011) con 317 estudiantes que han y no han intentado suicidarse, los resultados evidenciaron que el 9.1% había realizado al menos un intento de suicidio y se presentaron mayores intentos de suicidio en mujeres que en hombres; se destaca entre los principales motivos para suicidarse, los problemas familiares (59.3%), la falta de apoyo y comprensión (14.8%), conflicto de pareja y decepción amorosa (7.4%), muerte de un familiar (7.4%), problemas en general (7.4%) y dificultades económicas (3.7%). Los objetivos que pretendían alcanzar los estudiantes mediante la conducta suicida fueron el alivio emocional (56%), la muerte directa (24%), llamar la atención de los padres (16%) y la diversión (4%).

En otros estudios sobre la familia se aborda la variable de cohesión familiar. Al respecto, Muñoz, Pinto, Callata, Napa y Perales (2006), con 1.450 estudiantes, encontraron que el 48% de los encuestados presentó deseos pasivos de morir, 30% afirmó haber tenido ideación suicida, el 15% elaboró un plan de cómo quitarse la vida y el 9% había intentado suicidarse. La mayoría pertenecía a familias balanceadas, es decir, separadas o conectadas (63%), las familias desligadas representaron el 22% de los casos. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ideación suicida y pertenecer a una familia desligada; como factor de riesgo en los estudiantes fue el hecho de tener antecedente familiar de suicidio o vivir solo. Se puede afirmar que la cohesión familiar combinada con otros factores familiares aumentan o disminuyen la manifestación de la conducta suicida en estudiantes universitarios, tal es el caso de las características sociodemográficas y los estilos parentales.

Al respecto Florenzano y col. (2011), en una investigación con 2.346 estudiantes durante 2007–2009, indagaron con los estudiantes “he pensado en formas de matarme”: el 69.4% respondió “muy cierto/a menudo”, el 22% respondió “algo cierto/a veces cierto” y el 71.4% restante respondió “no es cierto/ no se aplica”. Con relación a los estilos parentales,

se encontró que en las familias al mejorar la aceptación hacia los hijos, el apoyo y el control, se disminuía la ideación suicida. En caso de depresión, los estudiantes que tomaban decisiones con la madre, este fue un factor protector; mientras que para los alumnos sin síntomas depresivos, no lo es. Los estudiantes con alto comportamiento antisocial tienen 46 veces más posibilidades de presentar ideación suicida que aquellos adolescentes que tienen un adecuado comportamiento social. Los investigadores identificaron los siguientes factores protectores: autoestima, aceptación parental, autonomía psicológica parental, calidad en la relación con el padre, amabilidad parental, expresiones físicas de afecto, monitoreo paterno y participación en decisiones familiares (p. 1533). De lo anterior, se destaca la necesidad de tener una visión más holística de la familia y no basada solo en lo carencial o en la manifestación de alguna patología.

El suicidio de algunos estudiantes universitarios, se vincula también a las pérdidas y decepciones amorosas, al respecto Acero (2011), afirma que las personas que tienen mayor riesgo de suicidarse son: los que padecen enfermedad mental, sobre todo depresión y psicosis, los que han pensado hacerlo, los que tienen algún tipo de enfermedad crónica y -lo que parece sobresalir hasta en un 60%- son las rupturas amorosas, en razón a que dicha experiencia -la mayoría de veces- es vivida como traumática y autores como Horowitz, Siegel, Holen, Bonnano, Milbrath y Stinson (1999) la denominan duelo complicado; sus síntomas son: pensamientos intrusivos, alta e intensa activación emocional, dolorosos anhelos por la persona pérdida, sentimientos fuertes de soledad y vacio, y falta de interés por actividades personales (p. 15). Al respecto, Bustos (2011) destaca la necesidad que cada ser humano, en este caso particular los estudiantes universitarios, esté fortalecidos en estrategias espirituales y de afrontamiento para superar el dolor emocional; con frecuencia sucede que los estudiantes universitarios en instituciones públicas y privadas suelen acercarse a los asesores espirituales durante o después de la decepción amorosa o durante los periodos de evaluaciones parciales, lo que permite suponer el alto nivel de estrés vivido por ellos ante estos hechos.

Uno de los factores de riesgo de la conducta suicida en población universitaria obedece, además, a trastornos mentales. El estudio de Calvo y Sánchez (2012), con una muestra de 110 que representan el 66.2% de estudiantes de la Universidad Nacional, obtuvo los siguientes resultados: 49% de individuos fueron de género femenino, y 51% de género masculino, el rango de edad estaba entre 17 y 39 años; siete estudiantes (6.3%) reportaron uno o más diagnósticos psiquiátricos en el eje I, de acuerdo al sistema DSM IV (p. 64). Los diagnósticos encontrados fueron: Trastorno Ansioso no Especificado, Trastorno Obsesivo Compulsivo,

Trastorno de Pánico, Trastorno por Abuso o Dependencia a Sustancias, Trastorno Distímico, Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Psicótico inducido por sustancias Trastorno Afectivo Bipolar II y Trastornos del Sueño (p. 130).

Los trastornos psicopatológicos y la conducta suicida fueron estudiados por Micin y Bagladi (2011), con una muestra de 460 universitarios que recibieron atención psicológica o psiquiátrica entre 1/2006 y 07/2008. Los resultados muestran que para la población consultante el 92% de cuadros se concentra en trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. Los trastornos de mayor incidencia son los adaptivos con 48.3%, lo que corresponde a la mitad de la población. Los trastornos de ánimo corresponden a la segunda mayor incidencia (22.8%), seguidos de los trastornos de ansiedad específicos (20.9%). Los trastornos de animo, en su mayoría, corresponden a diagnóstico de depresión mayor episodio único (7.0%), trastorno de ánimo en estudio (5.2%). Le siguen los trastornos de ansiedad con un 6.1%, los trastornos del sueño se manifiestan con un 13.3%, los trastornos relacionados con sustancias 6.7% y, por último, la incidencia de la conducta alimentaria con 6.5% (p. 59). Frente a la presencia de trastornos psicopatológicos en población universitaria, se recomienda que las instituciones de educación superior generen programas de atención que aumenten los factores protectores, teniendo en cuenta las redes de apoyo social y la prevención de los mismos.

En entrevista a diez profesionales que atendían estudiantes universitarios en el servicio de salud de la universidad, la mayoría coinciden en afirmar que el trastorno de mayor prevalencia es el de ansiedad, según Castellanos, Guarnizo y Salamanca, (2011).

En un estudio con 36 estudiantes hallaron que el 36% de estudiantes manifiesta ansiedad en grado máximo y 28% ansiedad moderada. La manifestación de la ansiedad por parte de los estudiantes se asocia con la competencia entre estudiantes, la presión ejercida por los docentes, la época de evaluaciones parciales, la soledad, el fracaso académico, entre otros.

Un trastorno de mayor incidencia en la población es la depresión. Coffin, Álvarez y Marín (2011), en la investigación para la identificación de la manifestación de ideación suicida y depresión en 251 estudiantes universitarios, encontraron una prevalencia importante en niveles de depresión que muestran un factor de riesgo (moderado) para desarrollar depresión severa. Los niveles de ideación suicida hallados (moderado y alto), muestran también un factor de riesgo para desarrollar niveles graves de la misma (p. 352). En algunos casos, estas condiciones -depresión y conducta suicida- podrían estar relacionadas, lo que implica y puede llevar a que ocurran mayores intentos de suicidio; entonces, es necesario asumir

las medidas necesarias para la atención del individuo afectado por la depresión y la ideación suicida, seguramente va hacer necesaria la medicación controlada, el fortalecimiento de las redes de apoyo social, la orientación espiritual y el afrontamiento de las situaciones de la academia, la vida familiar y social.

Finalmente, la conducta suicida también puede asociarse a la psicosis. Al respecto, Góngora y Gonzales (2011), en su estudio con 226 pacientes de consulta externa de la Clínica de la Paz, Bogotá, realizado entre 2008–2009, encontraron los siguientes resultados: prevalencia del 26% de intento suicida y el diagnóstico más frecuente: esquizofrenia (53,5%), seguido por trastorno bipolar (22.6%), trastorno esquizoafectivo (15%), trastorno psicótico agudo (4%); 3.5% de los pacientes tuvieron diagnósticos combinados y otras enfermedades como psicosis (1.3%); la mayoría de los pacientes vivía con sus familiares (91.2%) (p. 34).

En resumen, una publicación de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (2012) sugiere algunas situaciones a tenerse en cuenta en la evaluación del riesgo suicida, independientemente de si los individuos manifiestan o no ideación suicida; tal es el caso de las crisis vitales, que para algunos individuos son asumidas de manera altamente estresante y con carga afectiva excesiva; entre estas se pueden mencionar el bulling, el acoso sexual, el desplazamiento forzoso, la ruptura con la pareja, las personas con algún trastorno mental.

También se debe generar algún tipo de acompañamiento a los familiares, compañeros de estudio y amigos de los estudiantes con conducta suicida; ellos, de acuerdo con Acero (2011), suelen experimentar shock, síntomas claros de depresión reactiva, síntomas de trastornos del sueño, alteración de apetito y falta de energía, acompañados de ira hacia el difunto, hacia otros miembros de la familia, personal de salud o hacia uno mismo y la culpa por no haber sido capaz de evitarlo.

Frente a la conducta suicida, en el informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2013), e se incluyó en la lista de eventos de interés en salud pública el suicidio/intento de suicidio/lesiones autoinfligidas (p. 167) y se puso en marcha el Observatorio de Salud Mental, lo cual seguramente beneficiara la atención a tan complejo fenómeno.

Se sugiere a los docentes universitarios desarrollar la empatía; aunque no hay registros, son numerosas las actitudes de los mismos que estresan altamente a los estudiantes y los desaniman, en lugar de motivarlos, a proyectarse como seres humanos capaces de convivir y afrontar las adversidades.

CONCLUSIONES

Se considera pertinente realizar estudios epidemiológicos sobre la conducta suicida en población universitaria de diferentes instituciones públicas y privadas quizá compartiendo la información sobre la autopsia psicológica realizada a los estudiantes que tienen éxito en la consumación del suicidio, se pueda establecer el trabajo en red que permita la atención a la comunidad universitaria.

Las universidades deben adoptar las acciones necesarias para el registro y atención de suicidio/intento de suicidio/lesiones autoinfligidas, tal como quedó establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2010–2014 del Ministerio de Salud. Estas pueden ser parte de los programas de atención de Bienestar Universitario, para lo cual se debe contar con equipo interdisciplinario, debido a que la conducta suicida y otros riesgos psicosociales requieren muchas veces de valoración psiquiátrica, guía espiritual, terapia alternativa o diferente a la asesoría psicológica, incluso, se debería contar con un grupo de maestros que orienten a los estudiantes frente a las dificultades académicas, puesto que no es suficiente con los estudiantes que realizan sus prácticas de formación profesional.

Algunas acciones necesarias a tener en cuenta para la atención, prevención e intervención de la conducta suicida son: incluir como primeros contactos los números de celular de un familiar o amigo, conocer a que EPS está afiliado el estudiante, tipo de sangre, identificación de medicamentos a los que se tiene alergia; contar con seguro de gastos funerarios (ocasionalmente algunas personas e instituciones encargadas de estos procedimientos solicitan gastos muy altos por este servicio).

Disponer de una red de apoyo social identificable para hacer frente a la conducta suicida en estudiantes universitarios, una vez la persona fallece, para que de esta forma los familiares y los amigos puedan elaborar el duelo. La red de apoyo social es útil también para que el estudiante que está en riesgo de conducta suicida pueda solicitar ayuda en caso de necesitar apoyo económico, refugio temporal, atención psiquiátrica.

Ocasionalmente, los docentes, estudiantes universitarios y personal administrativo deberían capacitarse sobre primeros auxilios e intervención en crisis y desarrollar un listado de instituciones que atiendan dicha problemática.

En los reconocimientos generales que admiten los sistemas religiosos mayoritarios y con importante influencia en el mundo, se puede advertir una coincidencia casi estandarizada en la historia, en la espacialidad y en lo transcultural, frente a las conductas que interrumpen con la posibilidad vital del agente. Hay un rechazo señalado, cuando se propone al suicidio como conducta. El budismo llama a la acción suicida, desde torpeza hasta a acción negativa que se traduce en sufrimiento; el Islamismo, aun con sus lecturas externas tan variadas, le da una total negación a la práctica; el judaísmo considera la autodestrucción definitiva como el crimen más atroz, peor que el homicidio; y el cristianismo en coincidencia con lo escritural, en confirmación por la tradición, y con una argumentación racionalista y humanista, mantiene a las acciones suicidas en las regiones de lo censurable, lo punible y lo divinamente condenable.

El enfoque psicosocial enmarca socialmente la problemática del suicidio e identifica los contextos propiciadores de la misma. La sociología muestra la necesidad de comprender esta problemática desde el abordaje de las situaciones complejas actuales que la sociedad presenta. Es necesario intervenir el suicidio, reconocerlo como una problemática psicosocial, para que se formulen desde lo público, proyectos que acompañen a las poblaciones afectadas y que incluyan espacios psicoterapéuticos de atención y de apoyo psicosocial. También es indispensable diseñar estrategias de difusión para que la comunidad en general esté más concienciada de la problemática.

Los movimientos humanos del siglo XIX convocaron a los estudiosos de las ciencias sociales a investigar los fenómenos sociales desde una perspectiva sociológica que diera cuenta de los comportamientos de las personas y de la forma como estas interactúan y se movilizan en contexto, lo cual es un referente obligado actualmente de las disciplinas sociales.

REFERENCIAS

Acero, P. (2011). Evitar y sobrevivir al suicidio, una misión posible. *Revista de Psiquiatria.com*, 15-26. Recuperado de http://hdl.handle.net/10401/4329

Augustinus, A. & Dyson, R. W. (2007). The city of God against the pagans. Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Aja, L. (2007). La familia como soporte básico en la prevención del suicidio. *Revista Forensis,* 307-314. Recuperado de http://issuu.com/leoaja/docs/familia_prevencion_suicidio

Akiskal, H. S. (1981). Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the borderline realm. *Psychiatric Clinical North America*, 15, 9-10.

Álvarez, A., (1971). *El dios salvaje*. Bogotá: Norma.

Angst, J., Angst, F., & Stassen, H. H. (1999). Suicide risk in patients with Mayor Depressive Disorder. *Jorunal Clinic Psychiatry*, *60*(2), 57-62.

Arango, V., Ernsberger, P., Sved, A. F., & Mann, J. J. (1993). Quantitative autoradiography of alpha 1- and alpha 2-adrenergic receptors in the cerebral cortex of controls and suicide victims. *Brain Research*, 630, 271-82.

Arévalo, D. (2011). Aproximación multidisciplinar a la violencia autoinflingida. *Revista de Psicología GEPU, 2*(2), 19-49. Recuperado de http://revistadepsicologiagepu.es.tl/Aproximaci%F3n-Multidisciplinar-a-la-Violencia-Autoinfligida--.htm

Asberg, M., Thoren, P., & Traksman, L. (1976). Serotonin depletion a biochemical subgroup within the affective dIsorders? *Science*, 191, 478-80.

Asberg, M., Traskman, L., & Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*, 33, 1193-1197.

Augustine & Centre. (2010). Traditio Litterarum Occidentalium. De civitate Dei. Turnhout: Brepols Publishers.

Ayuso, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista Psiquiátrica Salud Mental Barcelona*, *5*(1) 8-23. Recuperado de http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-psiquiatria-salud-mental--286/recomendaciones-preventivas-manejo-comportamiento-suicida-espa%C3%B1a-90102751-originales-2012

Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R. & Ceverino, A. (2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *J Clin Psychiatry,* 62, 560-4.

Ballesteros, M., Gutiérrez, M., Sánchez, L., Herrera, N., Gómez, A. y Izzedin, R. (2010). El suicidio en la juventud: Una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. Revista Colombiana de psiquiatría, 39(3), 523-543. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/806/80619187006.pdf

Barde, Y. A., & Bibel, M. (2000). Neurotrophins: key regulators of cell fate and cell shape in the vertebrate nervous system. *Genes Dev., 14*(23), 2919-2937.

Baró, I. (2003). *Poder, Ideología y Violencia*. Madrid: Editorial Trotta.

Bassas, N., Batlle, S., Bielsa, M., y Molina, A. R. (2007). *Impulsividad Vs. Agresividad*. Barcelona: Laertes, cuadernos de paidopsicología.

Birmes P, Coppin D, Schmitt L, Lauque, D (2003). Serotonin syndrome: a brief review. CMAJ, 16 (8), 439-442.

Blumenthal, S. J. (1988). Suicide over the life cycle: risk factors, assessment and treatment of suicidal patients. In S. J. Blumenthal & D. J. Kupfer (Eds.), *American Psychiatric Press*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Buddha, G. & Meghaprasara, M. (2011). The parallel Dhammapada: original Pali text & four translations, A Sangha of Books, Regina.

Burton, R. (2008). *Anatomía de la melancolía*. España: Alianza editorial.

Bustos, A. (2011). *Cuando se acaba el amor: Estrategias de afrontamiento. Duelo por pérdidas amorosas y crecimiento postraumático en estudiantes universitarios* (Tesis de grado para la obtención del título de Psicólogo Clínico). Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Artes Liberales. Recuperado de http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/604/1/99784.pdf

Cadoret, R. J., Caín, C. A., & Crowe, R. R. (1985). Genetic and environmental factors in major depression. *J. Affective Dis*, 9, 155-164.

Calvo, J. Sánchez, R. Tejada, P. (2003) Prevalencia y factores asociados en estudiantes universitarios. Revista de salud pública. 5(2) 123-143. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100006&script=sci_arttext

Cantoral, D., y Betancourt, D. (2011). Intento de suicidio y ambiente familiar en adolescentes de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. *Revista de educación y desarrollo,* 5(2), 239-246. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=291&id_seccion=4504&id_ejemplar=8099&id_articulo=82021

Carballo, J., Akamnonu, C., & Oquendo, M. (2008). Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Arch Suicide Res*,12(2), 93-110.

Carmona, J. A., Tobón, F., Jaramillo, J. C. y Areiza, Y. A. (2010). El suicidio en la pubertad y la adolescencia: un abordaje desde la psicología social. Medellín: Fondo Editorial Fundación Universitaria Luis Amigó.

Castellanos, M., Guarnizo, C., y Salamanca, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en practicantes de psicología de una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, *1*(4), 50-57. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819007.pdf

Castro, E., Ponce, F. C., Gordillo, L. F. & Portugal, A. (2007). Neurotransmisores del sistema límbico: hipocampo, GABA y memoria. *Salud Mental*, 30(4), 7-15.

Centre, A. &. (2010). Traditio Litterarum Occidentalium. De Civitate Dei. Turnhout, Belgium: Brepols Publishers.

Chávez, A.; Medina, M.; Macías, L.; (2008) Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes; En: *Revista Salud Mental*, 3 (31), 197-203.

Chávez, A., Pérez, R., Macías, L., y Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Revista Acta Universitaria, 003*(14), 12–20.

Cifuentes, S. (2012). Violencia autoinflingida desde el sistema médico legal colombiano, 2012. *Revista Forensis*, Recuperado de http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34861/6+5+suicidio+forensis+2012.pdf/654be518-60d0-4979-b899-f26c83d1bb8c

Coffin, N., Álvarez, M., y Marín, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. *Revista electrónica de Psicología Iztacala, 14*(4), 341-354.

Cohen A., D. (2007). Por mano propia - Estudio sobre las prácticas suicidas. Buenos Aires: Fondo de la Cultura económica.

Colimón, N., Téllez-Vargas, J., y Cismeros, C. (2006). Neurobiología del suicidio. Suicidio - Neurobiología, factores de riesgo y prevención. Recuperado de http://www.psiquiatria-biologica.org.co/publicaciones/documentos/3-NEUROBIOLOGIA-OK.pdf

Contreras, N. A., y Mancillas, L. G. (2005). El papel de la serotonina en la dependencia al alcohol. Bases e implicaciones clínicas. *Médica sur, 12*(1), 3-10.

Córdoba, M., Rosales, M., Caballero, R. y Rosales, J. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Revista Psicología Iberoamericana*, *2*(5), 17-21. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/1339/133915933003.pdf

Cornelius, S., Thomas, B., Peter, Z., Robin, E., Daniela, E., Frank, P., Hans-Jürgen, M., y Rainer, R. (2003). Atenuación de la hiperactividad hipotalámica-pituitaria-adrenocortical debido a la mirtazapina en pacientes depresivos. Psychopharmacology. *Revista psiquiatría.com*, *166*(3), 271-275. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/articulos/atprimaria_y_sm/13837/

Courtet, P., Jollant, F., Casytelnau, D., Buresi, C., & Malafosse, A. (2004). Implications of genes of serotoninergic system on vulnerability to suicidal behavior. *Journal Psychiatry Neuroscience*, *29*(5), 350-359.

Crow, T. J., Cross, A. J., Cooper, S. J., Deakin, J. F., & Ferrier, I. N. (1984). Neurotransmitters receptors and monoamine metabolites in the brains of patients with Alzheimer-type dementia and depression and suicides. *Neuropharmacol*, 23 (15), 61-69.

Dante, A., Hollander, R., & Hollander, J. (2000). *Inferno*. New York: Doubleday.

De Alejandría, C. (2003). *Stromata IV y V. Martirio cristiano e investigación sobre Dios*. Ciudad Nueva.

Drevets, W. C. (2001). Neurpimaging and neurophathological studies of depression: implications for cognitive-emotions features of mood disorders. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 240-249.

Dunn, A. J., Wang, J. (1995). Cytokine effects on CNS biogenic amines. *Neuroimmunomodulation*, 2, 319.

Durkheim, E. (1982). *El Suicidio*. Madrid: Akal editor.

Dwivedi, Y., Conley, R., & Roberts, R. (2002). [3 H]c AMP binding sites and protein kinase A Activity in the prefrontal cortex of suicide victims. *Am J Psychiatry*, 159, 66-73.

Espinoza, F., Zepeda, V., Bautista, V., Hernández, C., Newton, O., y Plasencia, G. (2009). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida. *Revista Salud Pública de México, 3*(52), 213-219. Recuperado de http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n3/05.pdf

Flórez, J., y Pazos, A. (1997). Neurotransmisión en el sistema nervioso central. En J. Flórez, J. Armijo, y A. Mediavilla (Eds.), *Farmacología Humana* (pp. 409-433). Barcelona: Masson.

Florenzano, R., Valdes, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C., y Musalema, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile,* 139, 1529-1533. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011001200001

Fontana, H. (2010). Resumen del libro de "Teoría de la localización comparativa de la corteza cerebral" expuesta en sus principios en base a la estructura celular. *Rev. argentina. neurocirugía*, 24(1), 1-22.

Francis, I. (2010). *Suicidio y método: no hay consenso* (Trabajo de grado para optar al título como Psicóloga). Universidad San Buenaventura, Facultad de Psicología. Medellín.

Funes, M. J., & Lupiañez, J. (2003). La teoría atencional de Posner: una tarea para medir las funciones atencionales de orientación, alerta y control cognitvo y la interacción entre ellas. *Revista neurol, 15*(2), 260-266.

Gabilondo A., Alonso J., Pinto-Meza A., Vilagut G., Fernández A., Serrano-Blanco A., Almansa Ortiz, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultado del estudio ESEMed. *Medicina clínica,* 129(13), 494-500.

García, E., y Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Revista Anales Sis San Navarra*, *25*(3), 87-96.

Garvía, R. (1998). *Conceptos fundamentales de sociología*. Madrid: Alianza editorial.

Gastó, C., Navarro, V., & Serra, M. (2006). *Valor pronóstico de las técnicas de neuroimagen en la depresión*. Barcelona: Instituto de Neurociencias.

Gil, J. A., Pastor, J. F., Paz, F., Barbosa, M., Macías, A., Maniega, M. A., Ramírez-Gonzales, L., Boget, T., y Picornell, I. (2002). Psicobiología de las conductas agresivas. *Anales de psicología*, 18, 293-303.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry*, 159(1), 642-652.

Gorwood, P. (2001) Marcadores biológicos para la conducta suicida en la dependencia del alcohol. *Eur. Psychiatry Ed.Esp*, 9, 79–87.

Guadamarra, L., Escobar A., y Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, *49*(2), 66-72.

Guillo, C., e Le Bonniec, Y. (1982). Suicidio – Técnicas, historias, actualidad. Barcelona. ATE – Alain Moreau.

Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., y Orozco-Rodríguez, C. H. R. (2006). Suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, *29*(5), 66-74.

Harrison, P. J. (2002). The neuropathology of primary mood disorder. *Brain*, 125, 1428-1449.

Hasan, M. (2009). Suicide attacks are un-Islamic. *New Statesman*, *138*(4974), 24.

Hawton, K., & Harriss, L. (2007). Deliberate Self-Harm in Young People: Characteristics and Subsequent Mortality in a 20-Year Cohort of Patients Presenting to Hospital. *Journal of Clinic Psychiatry*, 68, 1574-1583.

Hawton, K., Casey, D., Bale, E., Shepherd, A., Bergen, H., & Simkin, S. (2006). *Deliberate Self- Harm in Oxford. Centre for Suicide Research*. Oxford: Department of Psychiatry, University of Oxford.

Hijar, M., Rascon, R. A., Blanco, J., y López, M. A. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*, *19*(4), 14-21.

Hultén, A., Wasserman, D., Hawton, K., Jiang, G. X., Salander-Renberg, E., & Schmidtke, A. (2000). Recommended care for young people (15-19 years) after suicide attempts in certain European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry,* 9-100. Recuperado de doi:10.1007/PL00010707

Hume, D. (2002). *Del suicidio; de la inmortalidad del alma*. México, D.F: Editorial Océano de México.

Iglesia Católica. (2008). *Catecismo de la Iglesia Católica.* Bilbao: Asociación de Editores del Catecismo.

Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172, 35-37.

Janín O., C. (2009). *Diccionario del suicidio*. Pamplona: Laetoli, S.L.

Jiménez, W. (2009). Salud mental en el posconflicto colombiano. *Revista de criminalidad,* 51, 179-192. Recuperado de http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol51_1/08salud.pdf

Joiner, T. E., Brown, J.S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*, 56, 287-314.

Judd, L. L., Schettler, P. J., & Akiskal, H. S. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. Psychiatr *Clin North Am*., *25*(4), 685-98.

Keilp, J., & Sackeim, H. (2001). Neuropsychological dysfunction in depressed attempters. *Am Journal Psychiatry,* 158, 735-41.

Keller, S., Sarchiapone, M., Zarrilli, F., Tomaiuolo, R., Carli, V., Angrisano, T., Videtic, A., Amato, F., Pero, R., Di Giannantonio, M., Iosue, M., Lembo, F., Castaldo, G., & Chiariotti, L. (2011). TrkB gene expression and DNA methylation state in Wernicke area does not associate with suicidal behavior. *J Affect Disord*, *135*(1–3), 400–404.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. L. (1992). A population based twin study of major depression in women: The impact of varying definitions of elliness. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 257-266.

Krishnan, K. R., McDonald, W. M., Doraiswamypm, D., Tupler, L. A., Husain, M., Boyko, O. B., Figiel, G. S., & Ellinwood, E. H. (1993). Neuroanatomical substrates of depression in the elderly. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*, 243, 41-46.

Lederbogen, F., Deuschle, M., & Heuser, I. (1999). Depression--a cardiovascular risk factor. *Internist (Berl)*, 40, 1119-1121.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Journal Science*, 278(5335), 45-47.

Lizardi, D. D., & Gearing, R. E. (2010). Religion and Suicide: Buddhism, Native American and African Religions, Atheism, and Agnosticism. *Journal Of Religion* & *Health*, 49(3), 377-384

Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*, *4*(10), 819-828.

Mann, J. J., Oquendo, M., Underwood, M. D., & Arango V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *Journal Clinical Psychiatry*, *60*(2), 7-11.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry,* 156, 181-189.

Mardones, J. M. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales Escohotado*. Barcelona. Anthropos..

Martínez, C., Ugarte, A., García, B., Sáenz, M., y González-Pinto, A. (2012). Aspectos genéticos del BDNF y psicosis. CIBERSAM, Hospital Santiago, Unidad de Investigación en Psiquiatría, Vitoria (Alava). 13º Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Interpsiquis 2012. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5217/1/7conf9%2054753.pdf

Mayberg, H. S., Brannan, S. K., Mahurin, R. K., Jerabek, P. A., Brickman, J. S., Tekell, J. L., Silva, J.A., McGinnis, S., Glass, T. G., Martin, C. C., & Fox, P. T. (1997). Cingulate function in depression: a potential predictor of treatment response. *Neuroreport*, 8, 1057-1061.

Melichar, J. K., Daglish, M. R. C., & Nutt, D. J, (2001). Addiction and withdrawal current views. *Curr Opin Pharmacol*, 1, 8490.

Micin, S., y Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios. Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Revista Terapia Psicológica, 1*(29), 53-64. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082011000100006&script=sci_arttext

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Informe de actividades 2012-2013. Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Bogotá: Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales.

Moncada Muñoz, A. M. (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta suicida SISVECOS*. Bogotá: Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Área de Vigilancia en Salud Pública.

Monchablón, A., y Pfuhlmann, B. (1997). El concepto Leonhard de las Psicosis Cicloides. Criterios Diagnósticos, Significado Clínico, y resultados recientes de la Investigación. *Revista Alcmeón*, 2(1), 1-11.

Moscicki, E. K., O'Carroll, P., Rae, D. S., Locke, B. Z., Roy, A., y Regier, D. A. (1988). Los intentos de suicidio en el Área de Estudio Epidemiológico de Captación. *Yale Journal Biol Med*., 6(1) 259-268.

Muñoz, J., Pinto, V., Callata, H., Napa, N., y Perales, A. (2006). Ideación suicida y cohesión familiar en estudiantes preuniversitarias entre 15 y 24 años Lima 2005. *Revista Perú Medica, Salud Pública*, 2(26), 239-246. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342006000400002&script

Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2000). The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiar Clin North Am., 23*(1), 11-25.

Oquendo, M. A., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S., & Mann, J. J. (2004). Prospective Study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *Am Journal Psychiatry*, 161(14), 33-41.

Oquendo, M., Plaidi, G., & Malone, K. (2003). Positron emission, tomography of regional brain metabolic responses to a serotoninergic challenge and lethality of suicide attempts in major depression. *Arch Gen Psychiatry,* 60, 14-22.

Oquendo, M., Russo, S., Underwood, M. D., & Kasir, S., Ellis, S. P. (2006). Higher postmortem prefrontal 5HT2A receptor binding correlates with lifetime aggression in suicide. *Biol Psychiatry*, 59, 235-243.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). La OMS-advierte sobre consecuencias para la salud mental por la crisis. Recuperado de http://www.lanacion.com.ar/1057709-

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2011a). Prevención del suicidio (SUPRE). Consultado el 31 de agosto de 2012 de, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Organización Mundial de la Salud, OMS (2011b). Lesión, una causa principal de la carga mundial de morbilidad. Documento HSC/PVI/99.11. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2012). ¿Cuál es la enfermedad que causa más muertes en el mundo? Recuperado de, http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html

Pandey, G., & Dwivedi, Y. (1999). Low phosphoinositide-specific phospholipase C activity and expression of phospholipase câ1 protein in the prefrontal cortex of teenage suicide subjects. *Am J Psychiatry*, 156, 1895-1901.

Pandey, G., Dwivedi, Y., & Rizavi, H. (2002). Higher expression of serotonin 5HT2A receptors in the postmortem brains of teenage suicide victims. *Am J Psychiatry*, 159, 419-429.

Pandey, G. N., Conley, R. R., Pandey, S. C., Goel, S., Roberts, R. C., Tamminga, C. A., Chute, D., & Smialek, J. (1997). Benzodiazepine receptors in the postmortem brain of suicide victims and schizophrenic victims. *Psychiatry Res,* 71, 137-149.

Pandey, G. N., Dwivedi, Y., Rizavi, H. S., Ren, X., y Conley, R. R. (2004). Disminución de la actividad catalítica y la expresión de la proteína quinasa C. Las víctimas de suicidio de adolescentes Isozymesin. Un estudio del cerebro postmorten. *Archives of General Psychiatry*, *61*(7), 685-693. Recuperado de http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=482028

Posner, M. I. (1993). Attention before and during the decade of the brain. En D. E. Meyer y S. Kornblum (Eds.) *Attention and performance*. Cambridge, MA: Bradford

Poulter, M. O., Du, L., Weaver, I. C. G., Palkovits, M., Faludi, G., Merali, Z., Szyf, M., & Anisman, H. (2008). GABAA Receptor Promoter Hypermethylation in Suicide Brain: Implications for the Involvement of Epigenetic Processes. *Biol Psychiatry, 64*(8), 645–652.

Ramos, R. (2006). Antes y después del suicidio: presentación de dos textos de Durkheim. En E. Durkheim. *El Suicidio. Estudio de Sociología* (161-170). Madrid: Miño y Dávila.

Roberts, A., Donaldson, J. & Coxe, A. C. (1979) *The Ante-Nicene Fathers* (2) Fathers of the second century - Hermas, Tatian, Athenagoras, Theophilus, and Clement of Alexandria (entire). Grand Rapids, Mich: Eerdmans.

Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M., & Segal, N. (1999). Genetics of suicide in depresion. *J Clin Psychiatry, 60*(2), 12-17.

Saldaña, C. (2001). Características psicosociales del adolescente parasuicida. Psicocentro. Consultado en septiembre 4 de 2012 de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art31001

Salozhin, E. B., Prokhorchuk, A. V. & Georgievy, G. P. (2005). Methylation of DNA of the Major Epigenetic Markers. *Boichemistry*, 70, 525-532. Recuperado de http://protein.bio.msu.ru/biokhimiya/contents/v70/pdf/bcm_0525.pdf

Sánchez, J., Villarreal, M., Musitu, G., Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. En: *Intervención psicosocial,* 3 (19), 279-287. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a08.pdf

Sánchez, J., Rodríguez E. (1997) Individuo, grupo y representación social. Bogotá. Facultad de ciencias sociales y humanas de la UNAD.

Scaglia, H. y García, R. (2000). *Psicología, fenómenos sociales*. Buenos Aires. Universitaria de Buenos Aires.

Schaefer, R. T. (2006). Sociología: una breve introducción. Paperback. Consultado el 12 de mayo 2012. Recuperado de http://translate.google.com.co/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.ebay.com/ctg/Sociology-Brief-Introduction-Richard-T-Schaefer-2006-Paperback-/54374429&prev=/search%3Fq%3Dschaefer%2B2006%26hl%3Des-419%26biw%3D792%26bih%3D425%26prmd%3Dimvns&sa=X&ei=MkHjT9jjNYSa8gSu65mGCA&ved=0CFAQ7gEwAQ

Schaff, P. (2000). The Ante-Nicene Fathers. Electronic (ed.) Garland, TX : Galaxie Software.

Schirrmacher, C. (2012). They are not all Martyrs Islam on the Topics of Dying, Death, and Salvation in the Afterlife. Evangelical Review Of Theology.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., & Crepet, P. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*,93, 327-38. PMID:8792901 doi:10.1111/j.1600-0447.1996. tb10656.

Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2012). *Detección, evaluación del riesgo e intento de la conducta suicida: una propuesta dirigida al personal médico*. Medellín: Gobernación de Antioquia.

Serra, M., Salgado-Pineda, P., Delaveau, P., Kakra, E., Gastó, C., & Blin, O. (2006). Effects of Antidepressant Drug son Emotion. Clin Neuropharmacology (en prensa).

Sher, L., Oquendo, M., Galfalvy, H. C., Zalsman, T., Cooper, J. & Mann, J. J. (2005). Higher cortisol levels in spring and fall in patients with major depression. *Prog Neuro Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 29, 529-34.

Shimon, H., Agam, G., & Belmaker, R. H. (1997). Reduced Frontal Cortex inositol in postmortem brain of suicide victims and patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 154 (11), 48-50..

Shippenberg, T. S., & Elmer, G. I. (1998). The Neurobiology of opiate reinforcement. *Critical Reviews in Neurobiology*, 12, 267-303

Shiva, V. (2004). Globalización empresarial: Una economía que lleva al suicidio. Madrid: Viejo Topo.

Skolnik, L. I., & Berenbaum M. (2007). Suicide. *Encyclopaedia Judaica* (19). Detroit: Macmillan Reference USA in association with the Keter Publishing House.

Terraiza, E. & Meza, R. (2009). Factores psicosocioculturales y neurobiológicos de la conducta suicida: Artículo de revisión. *Revista Psiquiatria.com*, 13(3).

Tomás de Aquino. (1988). Suma Teológica. México: Espasa-Calpe.

Urnov, F. (2002). *Methylation and the Genome: the Power of a Small Amendment1*. USA: Richmond.

Valencia, M. (2007). Trastorno mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Medigraphic Artemisa

Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *Can Journal Psychiatry, 48*(5), 292-300. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12866334

Villalobos, F. (2009). Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior. Editorial de la Universidad de Granada. España. Bibliografía

Volkow, N. D., & Fowler, J. S. (2000). Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex,* 10, 318-25.

Watt, J. R. (1997). Calvin on Suicide. Church History, 66(3), 463-476.

White, E. G. H. (2005). The desire of ages. Nampa, Idaho: Pacific Pr.

Young, P., Finn, B. C., Álvarez, F., Verdaguer, M. F., Botaro, F. J., y Bruetman, J. E. (2008). Síndrome serotoninérgico: Presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. *Anales de Medicina Interna, 25*(3), 125-13.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Olga María Blandón Cuesta

Psicóloga. Magíster en Educación y Desarrollo Humano – Universidad de San Buenaventura, Cali. Docente Investigadora. Coordinadora de prácticas, Facultad de Psicología Universidad de San Buenaventura, Medellín. Correo electrónico: olgausb@hotmail.com y olga.blandon@usbmed.edu.co

José Alonso Andrade Salazar

Psicólogo. Asp. Magíster en Pensamiento Complejo. Docente Investigador. Coordinador de Investigaciones del Programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín extensión Armenia. Correo electrónico: 911psicologia@gmail.com

Helmer Quintero Núñez

Teólogo. Magíster en Teología Aplicada y Filosofía. Coordinador del Centro de Investigaciones, Facultad de Teología, Universidad Adventista de Colombia. Correo electrónico: helmerquintero@unac.edu.co

John Jairo García Peña

Psicólogo, especialista en psicoanálisis con niños, Magister en Desarrollo. Docente posgrados Funlam, Medellín, Colombia. Correo electrónico: john.garciape@amigo.edu.co

Benilda Layne Bernal

Psicóloga, Licenciada en Educación Preescolar, Magíster en Psicología Clínica, Docente Fundación Universitaria Luis Amigó, Fundación Universitaria los Libertadores, Escuela de postgrados de la Policía “Miguel Antonio Lleras Pizarro”. Correo electrónico: benilda.laynebe@amigo.edu.co